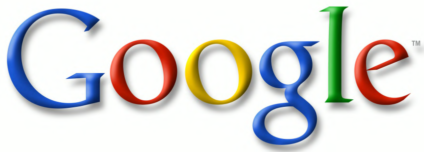

Google

LE

SARCOME DE LA PROSTATE

Par MM. les Docteurs

R. PROUST
Agrégé
Chirurgien des hôpitaux.

E. VIAN
Chef de laboratoire à l'Asile
clinique.

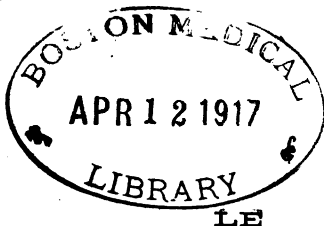
Extrait des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*
15 mai 1907

CLERMONT (OISE)

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES ET THIRON

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1908



LE SARCOME DE LA PROSTATE (1)

par MM. les Docteurs

R. PROUST et **E. VIAN**

Agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.

Chef de laboratoire à l'Asile clinique.

I.— Historique.

L'histoire du sarcome de la prostate ne remonte guère au-delà d'une soixantaine d'années. C'est, en effet, en 1842 et 1846 que Langstaff (2) et Brée (3) en publièrent les deux premiers cas actuellement connus. Il s'agissait, dans ces deux observations, d'enfants âgés, l'un de 8 ans, l'autre de 9 mois. Brée terminait sa communication par ces mots :« Les caractères de la tumeur sont tels qu'on ne peut hésiter à la considérer comme un *sarcome médullaire* qui a pris naissance au niveau de la glande prostate. Aussi oserai-je faire remarquer la rareté extraordinaire de cette forme de maladie au double point de vue de sa nature et de l'âge du sujet. Je n'ai pu découvrir un seul cas analogue dans les ouvrages que j'ai consultés. C'est pourquoi cette observation m'a semblé digne d'être enregistrée dans les Annales de notre association». Les observations de Langstaff et de Brée doivent, à notre

(1) Cet article a paru, sans les observations, dans les *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, N° du 15 Mai 1907.

(2) Langstaff. — *Catalogue of Langstaffs Museum.* London 1842, p. 357.

(3) Brée. — Medullary sarcoma of the prostate. *Provincial Medical, and Surgical Journal,* t. XLIX. et L., 1846, p. 76.

avis, être considérées comme des cas de sarcome de la prostate. Elles manquent toutefois d'un examen microscopique qui seul serait capable de leur conférer un cachet d'authenticité absolue.

La preuve histologique de l'existence du sarcome de la prostate n'a été fournie qu'en 1853 par l'observation d'Isambert (1). Celle-ci, modèle d'étude clinique, est accompagnée d'un examen anatomo-pathologique fait par Broca et Robin qui « n'ont trouvé nulle part d'élément cancéreux, mais seulement du tissu fibro-plastique ».

A partir de ce moment, on commence à publier de nouveaux cas, mais trop rares pour faire, à cette époque, le sujet d'un travail d'ensemble. Quelques-uns se trouvent cependant rassemblés dans les Traités d'Adams (2) et de Gross (3) et surtout dans l'ouvrage de Thompson (4). Dans ce dernier travail, les tumeurs malignes de la prostate sont étudiées avec beaucoup de précision scientifique et nettement différenciées de la simple hypertrophie avec laquelle on les confondait le plus souvent jusqu'alors. Cette étude des tumeurs malignes de la prostate est reprise en 1866 par Wyss (5). En ajoutant 8 observations nouvelles aux 18 faits de Thompson, il arrive à un total de 26 cas de cancer de la prostate qu'il analyse et groupe dans un tableau synoptique. Trois ans plus tard, Jolly (6) rassemble un total de 41 observations de tumeurs malignes, sur l'analyse desquelles il base une très consciencieuse étude. Malheureusement, loin de dis-

(1) Isambert. — Tumeur de la prostate ; rétention d'urine. Néphrite purulente. Mort. *Bull de la Soc. Anat. de Paris*, t. XXVIII, mars 1853, p. 97-102.

(2) Adams. — Anatomy and diseases of the prostate. 2e édition. Londres, 1853.

(3) Gross (S. D.). — The diseases....... etc... of the urinary bladder. Philadelphia, 1855.

(4) Thompson (sir H). — The diseases of the protaste gland. London, 1re édition, 1858 et 2e édition 1861.

(5) Wyss (O.). — Die heterologen bösartigen Neubildungen der Vorsteherdrüse. *Virchow's Archiv. für path. Anat.* 1866, t. XXXV, p. 378.

(6) Jolly (Jacques). — Essai sur le cancer de la prostate. *Archives de Médecine*, 1869, 6e série. Vol. XIII, p. 597.

tinguer le sarcome du carcinome, il confond une espèce avec l'autre, pensant même qu'il n'y avait pas lieu d'établir de distinction entre elles.

Le premier essai de classement méthodique des tumeurs malignes de la prostate est fait en 1880 par Jullien (1) dans son article du « Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ». S'appuyant sur les observations de Langhans, de Solly, d'Isambert et de Hodgkins, il esquisse un tableau assez exact, quoique sommaire, du sarcome de la prostate. C'est à cette étude du sarcome qu'Oliva (2), en 1883, consacre sa thèse inaugurale en rapportant une observation du professeur Bruno. La question du cancer de la glande est à nouveau traitée d'une façon complète par Kapuste (3) en 1885 et surtout par Engelbach (4) en 1888, qui en fait le sujet de sa thèse. Cet important travail comprend 141 observations de tumeurs malignes de la prostate dont 55 sont accompagnées d'examen microscopique. Dans ces 55 cas nous en trouvons 7 de sarcome, soit 14 %. Dès lors l'individualité du sarcome de la prostate, déjà mise en valeur par Oliva, est reconnue. Wind en donne 9 observations détaillées dans un travail consacré aux tumeurs malignes de la prostate chez l'enfant (5), et Barth (6), trois ans plus tard, écrit, à propos d'un cas personnel, une monographie très complète. Avec les travaux de Graetzer (7) (1895), de Dupraz (8) (1896) et de

(1) JULLIEN. — *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.* Paris, 1880, XXIX. p. 697.

(2) OLIVA (V.). — Di un sarcoma prostatico. *Thèse* de Turin, 17 juillet, 1883.

(3) KAPUSTE (O.). — Uber den primären Krebs der Prostata. *Inaug. Dissert.* Münich, 1885.

(4) ENGELBACH. — Les tumeurs malignes de la prostate. *Thèse* Paris 1888.

(5) WIND (C). — Die malignen Tumoren der Prostata im Kindesalteer *Inaug. Dissert.* Munich, 1888.

(6) BARTH. — Ueber Prostatasarkom. *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Leipzig, 1891, XX, p. 131 et *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, XLII, p. 758.

(7) GRAETZER (G.). — Zur Statistik der Prostatasarkome. *Inaug. Dissert.* Wurzburg, 1895.

(8) DUPRAZ. — Le sarcome de la prostate. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1896, XVI, p. 465 et 509.

Lévy (1) la question du sarcome de la prostate sort de la période des *faits cliniques* où elle restait cantonnée au début, pour entrer dans la *phase anatomo-pathologique* qui est la caractéristique de la période actuelle. Cette tendance se trouve particulièrement accentuée dans l'excellente thèse de Lévy, qui tente un essai de classification des sarcomes de la prostate basée sur la morphologie cellulaire.

La publication de nouveaux cas permet à Albarran (2) d'augmenter les statistiques précédentes dans le chapitre qu'il consacre au sarcome de la prostate dans le « Traité de chirurgie clinique et opératoire » de Le Dentu et Delbet.

Enfin, en 1902, Burckhardt (3) donne une liste définitive de 24 sarcomes primitifs de la prostate, après révision soigneuse des statistiques précédentes. La critique de ces cas est établie de manière si complète que, pour la période qu'elle embrasse, nous aurons peu de modifications à apporter. Toutefois les recherches que nous avons faites dans la littérature ainsi que la relation d'un cas inédit que nous devons à notre vénéré maître le professeur Guyon (4) nous permettent de porter le chiffre des observations incontestables à 34. Nous ne nous sommes arrêtés à ce chiffre qu'après éliminations de nombreuses observations. Voici en effet la méthode que nous avons suivie.

II. — Classification des cas.

En additionnant purement et simplement les cas cités par les auteurs des diverses statistiques parues jusqu'à ce jour,

(1) Lévy (R). — Ueber ein Fall von primärem Bindesubstanztumor der Prostata. *Inaug. Dissert.* Fribourg-en-Brisgau, 1899.

(2) Albarran. — *Traité de chir. clin. et opér.* Paris 1900, t. IX, p. 704.

(3) Burckhardt. — In Socin et Burckhardt. Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. *Deutsche Chirurgie* Lief., 53. Stuttgart, 1902.

(4) La pièce se rapportant à cette observation a été présentée par nous à la Société anatomique en janvier 1906. (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris,* LXXXIe, année, 6e série, tome VII, no 1, p. 47).

l'on obtient en bloc un total de 66 sarcomes. Mais c'est là une richesse tout apparente. Le simple contrôle des observations réduit ce chiffre à 58, car 8 observations sont à rejeter immédiatement. Voici pourquoi. Quatre tout d'abord sont comptées en trop. Le cas d'Aiken (1), cité par Schalek (2), et le cas de Targett (3), discuté par Schalek et Burckardt (4), ne sont en réalité que des présentations faites par ces auteurs d'un cas de Spanton (5) et comptées à tort comme des observations distinctes. De même, le cas dit « de Thompson » par certains n'est en fait que rapporté par lui : c'est un cas de Langstaff (6). Le cas de Hughes (7), de la statistique Burckardt, est le même que l'observation attribuée à Warthon dans les autres statistiques. Il faut également rejeter de prime abord quatre autres observations dans lesquelles il ne s'agit certainement pas de sarcomes malgré les classements qui ont pu être faits. C'est ainsi que le cas de Barton (8), cité comme sarcome par Engelbach (9), et souvent considéré comme tel depuis, a été décrit comme carcinome par Barton lui-même et en présente les caractères les plus évidents. L'observation d'Adler (10), acceptée par Engelbach, Graetzer (11) et Schalek se rapporte à un cas de simple hypertrophie. Une observation de

(1) Aiken (A). — Sarcoma of Prostata. *Provincial medical Journal*, 1891, X, p. 208.

(2) Schalek (A.). — Ueber ein Fall von primären Sarkom der Prostata bei einem 3 1/4 jährigen Knaben. *Prager med. Woch.*, 1899, XXIV, p. 547.

(3) Targett. — Sarcoma of Prostata. *Clinical soc. of. London*, 1897, 26 mars.

(4) Burckhardt. — *Loco citato.*

(5) Spanton (W. D.). — Myxosarcoma of prostata and bladder. *Transact. of the pathological Society of London*, XLII, 1891, p. 218).

(6) Langstaff. — *Catalogue of Langstaffs Museum.* London, 1842, p. 357.

(7) Hughes. — Sarcoma of the prostate gland., *Philadelphia medical Times*, 16 décembre 1882, vol. XIII, p. 205.

(8) Barton. — Carcinoma of the prostate gland. *Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1881, LXXI, p. 553.

(9) Engelbach (P.). — *Loco citato.*

(10) Adler. — Sarcoma of Prostata. *Saint-Louis med. and. surgic. Journ.*, 1882, p. 629.

(11) Graetzer. — *Loco citato.*

Fenwick (1), admise par Barth (2), est manifestement du carcinome et doit être rejetée. Il en est de même de la première observation de Langstaff (3).

Des 58 observations restantes nous avons fait 4 groupes :

1° Les *sarcomes secondaires* au nombre de 6. Ce sont les observations de Zahn (4), Reboul (5), von Bardeleben (6), Cabot (7) (obs. I), Chiari (8) et Dittrich (9) (obs. I).

2° Des *observations douteuses* ou tout au moins insuffisantes; ce sont celles de Fuller (10), Mac Gowan (11), Griffiths (12) et Cabot (13) (obs. II).

3° Des *cas* infiniment *probables* et même, à notre avis, certains pour la plupart, mais manquant d'examens histologiques ou de données cliniques suffisantes. Ils sont au nombre de 14. Ce sont les cas de Brée (14), de Barth (15) (obs. I),

(1) Fenwick. — Colotomy in cancer of the Prostate. *British. med. Journ.*, 1887, 22 octobre, p. 873.

(2) Barth. — *Loco citato.*

(3) Langstaff. — Case of fungus hematodes with observation. *Medicc-chirur. Transact.*, London, 1817, t. VIII, p. 279.

(4) Zahn. — Ueber einen Fall von primärem Sarkom der Samenblason, etc., *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1885, t. XXII.

(5) Reboul. — Fibro-sarcome du coude droit, etc... *Progrès médical*, 1887, 12 février.

(6) Bardeleben *in* Köhler. — Stat. Bericht über die chir. klinik des H. Geh. Bardeleben pro 1878. *Charité-Annalen*, 1878, p. 607.

(7) Cabot (A. T.). — Sarcoma of the Prostate. *Boston med. a. surg. Journal*, 27 avril 1905, p. 493.

(8) Chiari. — Ueber die anat. Verhältnisse eines primären Harnblasensarcoms. *Prag. med. Wochenschrift*, 1886, n° 50, p. 481.

(9) Dittrich. — Ueber z wei Fälle von primären sarkom der Harnblase. *Prag. med. Wochenschrift*, 1889, n° 48, p. 557.

(10) Fuller. — Recovery with restauration of the vesical function following total exstirpation of the prostate and rescetion of the bladder for malignant disease. *J. of cut. a. gen.-ur. dis.*, t. XVI, n° 12, déc. 1898, p. 581.

(11) Mac Gowan. — Roundcelled sarcome of the prostate. *Virginica medical semi-monthly*, t. VIII, n° 7, 10 juillet 1903, p. 166.

(12) Griffiths. — Sarcoma of the prostate. *British med. Journal*, 1891, t. I, 17 avril, p. 976.

(13) Cabot. — *Loco citato.*

(14) Brée. — Medullary sarcoma of the prostate. *Provincial med. and. surg. Journal*, 1846, t. XLIX-L, p. 76.

(15) *Loco citato.*

Adams (1), Bush (2), Solly (3), Stafford (4), Owen (5), Hodgkins (6), Langstaff (7), Heurtaux (8), Stein (9) (obs. I), Barth (obs. III), Coupland (10) et Orth (11).

4° Des *cas certains* comprenant 33 observations recueillies dans la littérature, c'est-à-dire avec examen histologique, (12) et auxquelles nous ajoutons la relation ci-jointe d'un cas inédit que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître le professeur Guyon.

OBSERVATION DE GUYON (inédite), recueillie par M. Pillet, interne du service.— Le 6 janvier 1905, Hub..., Jules, âgé de 19 ans, se présente à l'hôpital Necker à la consultation des voies urinaires (consultation de la Terrasse). Il est atteint de rétention d'urine avec grande distension et miction par regorgement; le périnée, de plus, est soulevé par une tuméfaction rénitente.

Histoire de la maladie. — Hub..., n'a jamais eu de blennorragie et même, paraît-il, il n'a pas encore eu de rapports sexuels. Il n'a pas non plus subi de traumatisme au niveau de l'urètre. Les premiers troubles de la miction sont apparus sans cause apparente au début de l'année 1904, c'est-à-dire il y a un an. A cette époque, miction difficile et présentant un peu de retard. La gêne augmente progressivement. Le besoin d'uriner se renouvelle 10 à 12 fois le jour, 4 ou 5 fois la nuit. Au mois de décembre 1904, devant l'intensité des douleurs et la difficulté de la miction, qui ne s'accomplit plus que dans la position accroupie et

(1) ADAMS. — On the prostate, 2e édition, Londres, 1853, p. 145.

(2) BUSH *in* GROSS. — On urinary Organs., 2e édition, Londres, p. 719.

(3) SOLLY. — Fungoid disease of the prostate gland. *Proceedings of the pathological Society of London*, 1850-1851, vol. III, p. 130.

(4) STAFFORD (R. A.). — A case of enlargement from melanoïd tumour of the prostate gland. *Medico-chir. Transact.*, 1839, t. XXII, p. 218.

(5) OWEN. — The surgical diseases of children, Londres 1885, p. 303.

(6) HODGKINS (Ch.). — Enormous enlargement of the prostate. *The Lancet*, 1843-44, t. I, p. 324.

(7) LANGSTAFF. — *Catalogue of Langstaffs Museum*, Londres, 1842.

(8) HEURTAUX *in* HEURTAUX ET MALHERBE.—Recherches sur le sarcome, Paris 1904, p. 553.

(9) STEIN.— Ueber die Exstirpation der Prostata. *Arch. f. klin. Chirurgie* 1889 t. XXXIX, p. 543.

(10) COUPLAND. — Medullary cancer of the prostate. *Transact. of the patholog. Society of London*, 1877, vol. XXVIII, p. 185.

(11) ORTH (J.). — Lehrbuch der Speziellen pathologischen anatomie, Berlin, 1893, tome II, p. 301.

(12) Nous devons des remerciements aux professeurs ROSE et BLAND SUTTON qui ont bien voulu nous écrire et nous communiquer des détails inédits.

au prix des plus grands efforts : il consulte un médecin qui le sonde deux fois avec quelque difficulté et évacue une grande quantité d'urine. Ce médecin constate en même temps l'existence d'une tuméfaction périnéale dont Jules Hub..., ne s'était pas aperçu. Il adresse alors le malade à l'hôpital Necker. Il est immédiatement admis salle Velpeau, lit nº 7.

Examen.— Dès son entrée dans le service, le malade est sondé. On évacue ainsi 800 grammes d'urine. Le périnée est soulevé par une tuméfaction rénitente, indolore ; cette tuméfaction, qui remplit tout le triangle recto-urétral, est également sentie au toucher rectal, et bombe au niveau de la paroi antérieure du rectum. On a la sensation d'un énorme développement « diffus », partant de la prostate, présentant une consistance très molle, pseudo-fluctuante. Le diagnostic d'abcès de la prostate vient à l'esprit. Toutefois, en présence de l'apyrexie et de l'absence d'antécédents, M. Pillet, interne du service décide de ne pas intervenir d'urgence.

Le 7 janvier. — Après examen du prof. Guyon, M. Pillet pratique une taille prérectale assez antérieure, au point même où bombe la tumeur, afin de vider, s'il y a lieu, une collection. Les plans superficiels sont incisés au bistouri ; la sonde cannelée conduit alors dans une cavité d'où s'écoule une petite quantité de liquide séreux, mais non purulent. Cette cavité est remplie de bourgeons semblables à des caillots décolorés. L'hémostase est difficile. Malgré quelques ligatures et en dépit d'un tamponnement serré, la plaie continue de saigner. Les jours suivants, deux nouvelles bosselures apparaissent, l'une dans le fond de la plaie périnéale, l'autre à droite de l'urètre, dans le pli inguino-scrotal. On note une étroite zone d'induration au-dessus du pubis. M. Guyon pense à un sarcome de la prostate. Une biopsie est décidée.

Le 13 janvier. — M. Proust, après anesthésie à la cocaïne, pratique une incision exploratrice au niveau de la bosselure qui saille dans le pli inguino-scrotal droit. La peau et le tissu cellulaire sont sectionnés sur une étendue de cinq centimètres; il est facile de disséquer la face superficielle d'un noyau qui présente le volume d'un petit œuf de poule ; sa coloration est gris-rougeâtre, sa consistance rénitente. Une ponction faite à son niveau est négative. M. Proust excise un petit fragment de la tumeur pour le soumettre à un examen microscopique. Suture de la peau avec quelques crins.

La tumeur s'accroît rapidement les jours suivants.

Le 17 janvier. — Son prolongement abdominal remonte le long de la ligne médiane à cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse. La consistance en est ferme, la forme irrégulière. La tuméfaction a envahi la fosse iliaque gauche, dépassant l'arcade de Fallope de trois travers de doigt à sa partie moyenne et s'étendant en dehors presqu'au contact de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La température est à 38°. Sur ces entrefaites, malgré la quasi-certitude de tumeur maligne et le diagnostic déjà posé de sarcome de la prostate, on se décide, pour ne rien négliger, à essayer du traitement spécifique. Auparavant, on recherche en vain les stigmates de la syphilis héréditaire. L'examen du

faisceaux courir à sa surface. Leur présen[illegible]
étages à la tumeur : une portion pelvienne et une portion périn[illegible]
C'est de la portion pelvienne que se détache la masse prévésicale (fig. 7
La portion périnéale de la tumeur entoure l'urètre jusqu'au cul-de-
sac du bulbe. Elle présente deux bosselures : l'une siège dans le triangle



… supérieure. La température est à …

… ces entrefaites, malgré la quasi-certitude de tumeur maligne et le diagnostic déjà posé de sarcome de la prostate, on se décide, pour ne rien négliger, à essayer du traitement spécifique. Auparavant, on recherche en vain les stigmates de la syphilis héréditaire. L'examen du

fond de l'œil. pratiqué par le Dr Terrien, est négatif. Le malade est vu par le professeur Fournier qui est d'avis d'essayer le traitement mercuriel intensif. Celui-ci est immédiatement appliqué (piqûres de benzoate quotidiennes, puis piqûres d'huile grise).

Ce traitement paraît procurer une amélioration transitoire : la tumeur cesse de s'accroître et semble même s'affaisser légèrement, la miction se rétablit. La rétention cesse donc d'être complète, mais il persiste un résidu de 120 grammes.

Bientôt l'accroissement de la tumeur, un moment stationnaire, reprend avec une grande rapidité. L'incontinence de l'urine et des matières fécales s'établit. La température monte à 39°. Le malade meurt le 2 février.

Autopsie, le 3 février 1906. —Sujet grand, très amaigri. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve les anses intestinales distendues, vascularisées. Le péritoine, au niveau du cul-de-sac prévésical, est noirâtre, soulevé par une masse qui s'étend au devant de la vessie et dans la fosse iliaque gauche. Cette masse, de consistance très molle, refoule en arrière la vessie et l'applique contre le rectum. Elle semble principalement formée de bourgeons très friables et de caillots.

En procédant à l'ablation de l'intestin, on constate que l'extrémité supérieure du côlon ascendant, au niveau de l'angle qu'il fait avec le côlon transverse, est fortement adhérente au rein droit. Là, un bourgeon végétant, rougeâtre, parti de la périphérie du rein droit, est venu envahir l'intestin ; il présente les dimensions d'une pièce de 5 fr. La rate et le foie sont normaux. Les deux reins sont énormes et dilatés. A la coupe, ils sont atteints manifestement des lésions de pyélo-néphrite suppurée. Le rein droit présente, de plus, une dégénérescence néoplasique caractérisée par la présence, à la périphérie de l'organe, d'une série de bourgeons friables entremêlés de caillots.

Les deux uretères ont des parois très vasculaires et sont considérablement dilatés. Ils sont de la grosseur du petit doigt.

Les poumons sont normaux, mais offrent un léger degré de congestion au niveau des bases. Il y a une symphyse cardiaque complète. (L'autopsie de la cavité cranienne n'a pu être faite.)

On procède à l'examen de la vessie et de l'urètre. La tumeur rougeâtre que nous avons déjà vue soulever le péritoine au-devant de la vessie et dans la fosse iliaque, se continue avec une autre masse de consistance plus ferme, du volume des deux poings, qui, partie de la prostate, enserre l'urètre jusqu'au nivean du périnée. Cette tumeur, longue de 11 cent., large de 6 cent. se présente de la manière suivante (voir fig. 1). En arrière, elle s'applique au rectum dont elle rétrécit la lumière antéro-postérieure, mais s'en laisse facilement séparer. Sur les côtés, elle est bridée par les muscles releveurs de l'anus dont on voit les faisceaux courir à sa surface. Leur présence permet de considérer deux étages à la tumeur : une portion pelvienne et une portion périnéale. C'est de la portion pelvienne que se détache la masse prévésicale (fig. 1.) La portion périnéale de la tumeur entoure l'urètre jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Elle présente deux bosselures : l'une siège dans le triangle

urétro-rectal, et saille au niveau d'une incision prérectale restée fistuleuse ; l'autre siège au niveau du pli inguino-scrotal droit, au point où a été pratiquée une biopsie.

La vessie est pleine de pus. Dès qu'elle est ouverte, on voit dans sa cavité une série de bourgeons,de végétations en choux-fleurs, développés surtout au niveau de la paroi antérieure. Une série de petites plaques blanchâtres, d'apparence pseudo-membraneuses, recouvre la muqueuse et lui donne un aspect irrégulièrement verruqueux.

La partie principale de la tumeur présente à la coupe une consistance molle, gélatineuse, de coloration franchement jaune ; par endroits, elle est presque diffluente, semblable à de la gelée de pommes.La tumeur n'adhère pas à d'autres organes qu'à la vessie et à l'urètre avec lesquels elle fait corps. Sur une coupe transversale, l'urètre traverse le néoplasme très près de sa face postérieure. On ouvre l'urètre suivant la ligne médiane postérieure: sa cavité très agrandie présente le calibre du pouce, mais elle est en partie comblée par des bourgeons saillants au au niveau de sa paroi antérieure (1).

C'est en nous basant uniquement sur ces 34 observations que nous allons entreprendre l'étude du sarcome de la prostate.

III. — Etiologie.

Age. — Le sarcome de la prostate est le plus souvent une affection du jeune âge. En dépouillant notre statistique de 34 cas, nous voyons que, dans 24 d'entre eux, c'est-à-dire 73 % des cas, il s'agit de sujets âgés de moins de 30 ans et même, dans 15, soit donc 44 %, d'enfants au-dessous de 10 ans.Tout à fait rare dans l'âge adulte,de 30 à 50 ans, le sarcome de la prostate redevient d'observation plus fréquente chez le vieillard (7 cas sur 34, soit 20 %).

Il faut,du reste,établir une ligne de démarcation bien tranchée entre ces deux espèces, le sarcome du vieillard et le sarcome de l'enfant. Il n'y a pas seulement la modification que l'âge imprime toujours à la marche des tumeurs ; il y a en outre des différences si complètes,aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique que nous

(1) L'examen histologique est rapporté au chapitre d'anatomie pathologique. (Voir page 25).

serons souvent amenés à opposer l'une à l'autre chacune de ces deux formes.



Fig. 1. — Sarcome de la prostate. Jeune homme de 19 ans. Cas de Guyon (Obs. XIX).— L'urètre ainsi que la vessie ont été ouverts sur la ligne médiane postérieure. Cette section permet de voir les bourgeons néoplasiques qui remplissent la lumière de l'urètre prostatique et la partie inférieure de la cavité vésicale. Deux sondes sont passées dans les uretères. A gauche de la figure, on distingue un prolongement néoplasique prévésical.

Fréquence. — Nous manquons de données précises qui nous permettent d'apprécier la fréquence absolue du sarcome de la prostate. Nous savons seulement que c'est une affection rare. Déjà la fréquence relative des tumeurs malignes de la prostate par rapport aux tumeurs malignes des autres organes est difficile à établir. Sans recourir aux relevés de Tanchon (1), qui manquent par trop de rigueur scientifique, nous pouvons, à titre d'indication, citer la statistique de Heimann (2), portant sur les cas observés dans les hôpitaux généraux de Prusse pendant les années 1895 et 1896 : sur 8.127 cas de cancers masculins, il trouve 34 tumeurs malignes de la prostate, soit une proportion de 4,18 %. Ces chiffres sont peut-être un peu faibles. Aujourd'hui que nous savons mieux les diagnostiquer, nous reconnaissons que les tumeurs malignes de la prostate se rencontrent plus souvent qu'on ne le croyait autrefois.

Divers auteurs ont cherché à préciser la fréquence du sarcome par rapport à l'épithéliome de la prostate. Engelbach trouve 7 sarcomes sur 55 tumeurs, soit 14 %. Oliva trouve un pourcentage analogue (9 cas sur 64) ; Wolff (3) donne 27 sarcomes primitifs pour 83 cancers primitifs ou, mieux, en ne tenant compte que des observations absolument certaines, 20 sarcomes pour 67 cancers soit 29,8 %. Socin et Burckhardt trouvent 24 sarcomes pour 89 épithéliomes, soit 26,9 %. Je crois que la proportion admise par Wolff et Burckhardt est trop élevée et que les chiffres d'Oliva et d'Engelbach se rapprochent plus de la vérité. Il est bien certain que les sarcomes de la prostate ne représentent qu'une faible partie des tumeurs de la glande : Hallopeau (4)

(1) Tanchou. — Recherches sur le traitement médic. des affect. cancér. du rein. Paris, 1844.

(2) Heimann. — *Arch. fur klin. Chir.*, 1898, t. 57, p 911-961.

(3) Wolff (R.). — Ueber die bösartigen Geschwülste der Prostata insbesondere ueber die Carcinom derselben. *Deutche Zeitsch f. Chir.* 1900, t. 53.

(4) Hallopeau (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. *Thèse*, Paris, 1906.

pense 1/10e et von Frisch (1) de 10 à 15 %. Seulement, à l'heure actuelle, l'épithélioma de la prostate étant devenu de constatation presque courante, la plupart des cas n'en sont pas publiés tandis que ceux de sarcomes le sont. De là vient l'erreur de plusieurs statistiques.

Il faut également noter ce fait que la proportion du nombre de sarcomes par rapport au nombre d'épithéliomes est très différente suivant l'âge. Dans l'enfance, le sarcome se rencontre seul. Wolff considère — et nous partageons son opinion — qu'il n'y a pas une seule observation certaine de carcinome de la prostate chez l'enfant. C'est aussi l'avis de Heichelheim (2). Dans l'âge avancé, au contraire, le sarcome ne représente plus que 5 % des tumeurs malignes (Socin et Burckhardt).

L'étiologie et la fréquence des sarcomes secondaires ne nous retiendront pas longtemps. Nous n'en possédons du reste que peu d'observations. C'est en dire la rareté. Dans le cas de Zahn (76 ans), le sarcome était secondaire à un sarcome des vésicules séminales. Dans celui de Reboul (56 ans), la tumeur primitive était un fibro-sarcome du coude droit s'accompagnant de nombreuses métastases. Le sarcome de la prostate observé par Bardeleben et rapporté par Kapuste et Köhler (3) était secondaire à un sarcome globo-cellulaire des corps caverneux extirpé 3 mois auparavant. Enfin, dans le cas de Cabot, la tumeur prostatique était secondaire à un sarcome du testicule. Orth rapporte un cas d'extension à la prostate d'un sarcome du rectum. Dans les deux cas de Chiari (4 ans 1/2) et de Dittrich (1 an et 9 mois), il s'agit également, non de métastase, mais de propagation d'un sarcome de la vessie. A ce titre, on pourrait en rapprocher les obser-

(1) Von Frisch (A.).— Les maladies de la prostate. Trad. franç. Paris 1903, page 192.

(2) Heichelheim (L.). — Statistiches über die Carcinome der Prostata, etc. *Inaug. Diss.* Würzbourg 1898.

(3) Köhler (R.). — Statisticher Bericht über die chirurgische Klinik des Herrn Geh. Bardeleben, pro 1898. (*Charité Annalen*, année V, 1878, p. 607).

vations de Cyrenus Darling (1) et de Mac Connel (2) dans lesquelles le processus était le même. Il est même juste, à ce propos, de remarquer combien, dans ces cas, il est souvent difficile de savoir le point de départ exact du sarcome, car, s'il est vrai que le sarcome de la vessie envahit fréquemment la prostate, fréquemment aussi le sarcome de la prostate envahit la vessie.

IV. — Anatomie pathologique.

La prostate atteinte par le sarcome présente toujours une augmentation de volume assez considérable, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard : Wolff fait même remarquer, à juste titre, que, chez l'enfant, cette augmentation est toujours beaucoup plus grande. Néanmoins les dimensions de la tumeur sont assez variables, allant de la grosseur d'un œuf de poule (Obs. I, XI, XXIX) à celle d'une tête d'enfant (Obs. II, III, XVII, XXI, XXVII). Socin et Burckhardt ont même voulu faire de cette augmentation de volume un signe de différenciation du sarcome et du carcinome de la prostate ; nous ne pouvons être de leur avis lorsqu'ils soutiennent que, dans le carcinome prostatique, l'augmentation est faible, que souvent même elle est remplacée par une diminution de volume. Guyon a montré, au contraire, que la prostate carcinomateuse pouvait atteindre des dimensions considérables, en particulier dans la carcinose prostato-pelvienne.

Mais, plus encore que cette évaluation comparative du volume de la tumeur, la place qu'elle occupe dans la cavité abdominale montrera le volume considérable que peut atteindre le sarcome de la prostate. En général, la tumeur occupe tout le bassin, le dépasse souvent de deux ou trois travers de

(1) Cyrenus Garritt Darling. — Sarcoma of the bladder. Report of a case occuring in a child four years old. *Annals of Surgery*, 1905, Décembre, page 831.

(2) Mac Connel (G.). — Sarcoma of the Bladder and Prostata gland. *Procedings of the pathotogical Society of Philadelphia.* April 1904, p 512.

doigt au-dessus de la symphyse, comme dans les cas d'Isambert, de Guyon, de Spanton, remontant parfois même jusqu'à l'ombilic, comme dans les observations de Tordeus, de Socin et Burckhardt (Obs. IX),de Hughes,de Marsh. Plus rarement, au lieu de s'accroître vers l'abdomen, le sarcome s'est développé vers le périnée qu'il repousse : c'est ce que l'on put observer dans les cas d'Oliva, de L. Lévy et de Graetzer.

La forme de la tumeur est le plus souvent ovoïde, plus ou moins régulièrement développée, présentant parfois une simple ébauche de lobulation, ou, plus rarement, un aspect papillomateux, en choux-fleurs; dans le cas de Graetzer, la tumeur était nettement divisée en lobes arrondis. La prostate est souvent complètement envahie par la néoplasie, mais ce n'est pas la règle générale. Il se trouve, en effet, des cas assez nombreux où l'un des lobes présente un développement plus marqué : c'est ainsi que dans les observations de Socin et Burckhardt, de Tordeus, de Kaufmann (Obs. XXIII) de Coupland, le lobe gauche l'emportait sur le droit, et, au contraire, le lobe droit sur le gauche dans les observations de Wind et de Kaufmann (Obs. XXI). Dans le cas de Barth, c'est le lobe médian qui a pris le plus grand développement. C'est à peu près généralement que les deux lobes sont envahis, quoique parfois on puisse retrouver du tissu prostatique sain, mais alors, et toujours, dans le lobe le moins gros. Exceptionnellement un seul lobe est envahi ; nous ne relevons, en effet, que deux fois pareil fait : dans le cas d'Oliva, où le lobe droit est seul atteint, et dans celui de Socin (Obs. XXIX) où le lobe moyen est transformé en sarcome, alors que les deux lobes latéraux ont simplement subi une hypertrophie glandulaire simple.

La surface est généralement lisse, quelquefois irrégulière, bosselée. La tumeur est le plus généralement bien délimitée, comme encapsulée. La consistance en est très variable, tantôt uniformément ferme, élastique ou molle jusqu'à donner la sensation de fluctuation comme dans une observation de Kaufmann (Obs. V) ; elle présente d'autres fois, à côté

de points fermes, des points ramollis, pseudo-fluctuants. On peut juger, par ce qui précède, de l'erreur que commettait von Frisch quand il disait que tous les sarcomes de la prostate sont de consistance molle. Socin et Burckhardt font remarquer, au contraire, que la majorité des sarcomes prostatiques sont durs : ils établissent, en effet, que les sarcomes fuso-cellulaires, comme les globo-cellulaires à grosses cellules, sont durs et que seuls les sarcomes à petites cellules sont mous. Ce qui a pu tromper von Frisch, d'après les mêmes auteurs, c'est que l'on peut assez souvent se trouver en présence de dégénérescence partielle myxomateuse, ou de petits foyers hémorragiques, comme dans le cas de Socin-Langhans (Obs. II), voire même de dégénérescence graisseuse, qui peuvent donner l'impression d'une tumeur molle, alors qu'elle était ferme au début. Schalek, Tordeus ont rencontré de véritables cavernes au centre même de la tumeur ; Oliva, Graetzer, Kaufmann (Obs. IX) en ont signalé également dans leurs observations, mais dues à de fausses routes ou à une intervention opératoire.

A la coupe, on trouve la tumeur formée d'un tissu blanchâtre, gris-pâle, lardacé, présentant le plus souvent des marbrures rouge-foncé, brunâtres, hémorragiques : dans le cas de Dupraz, le centre était rosé, alors que la périphérie était blanchâtre. La surface de la coupe est lisse, coupée de bandes fibreuses donnant un aspect grossièrement lobulé ; de consistance dure ou gélatineuse, on y rencontre souvent, plus ou moins disséminées, de petites cavités kystiques, pouvant quelquefois même atteindre un certain volume, à parois rouges, ou encore quelques foyers hémorragiques en voie de régression, entourés de tissu infiltré. Ces foyers hémorragiques, ces kystes occupent tantôt la périphérie, tantôt le centre de la tumeur. Enfin on peut constater aussi la présence, dans quelques cas, de gros vaisseaux en assez grand nombre.

Dans son développement, le sarcome entre en contact avec les organes du bassin, soit qu'il les comprime simple-

ment, soit qu'il contracte avec eux des adhérences, soit qu'enfin il les envahisse. La vessie et le rectum sont naturellement les deux organes le plus souvent atteints.

La *vessie* est généralement refoulée en haut et en avant ; ses parois sont hypertrophiées, infiltrées, ou ont simplement contracté des adhérences avec la tumeur. La muqueuse est rarement envahie : le plus souvent indemne, elle coiffe alors les saillies que fait la tumeur dans la cavité vésicale. Ces saillies sont de forme et de volume très variables : généralement papillomateuses et de petites dimensions, l'une d'elles peut se développer davantage et, comme dans l'observation de Wind, se prolonger par le col vésical jusque dans la portion membraneuse de l'urètre. Dans le cas de Kaufmann (Obs. XXI), ces saillies formaient dans la vessie des plis épais, alors que, dans celui de Socin (Obs. XXIX), il n'y avait qu'une seule saillie pédiculée. Dans la majorité des cas, ces saillies occupent presqu'exclusivement le trigone vésical, et aussi le col. Dans l'observation de Mathias, la tumeur formait une saillie au niveau du veru-montanum, qui se prolongeait dans l'urètre.

Mais quelquefois aussi la tumeur a perforé non seulement les parois de la vessie, mais encore la muqueuse, et fait irruption dans la cavité vésicale. Signalons enfin que, si, le plus souvent, la vessie est dilatée, elle peut être exceptionnellement ratatinée, comme dans les cas de Coupland et de Dupraz.

Le *rectum* est presque toujours comprimé, aplati d'avant en arrière par la tumeur, qui contracte souvent des adhérences avec sa paroi antérieure. Les parois sont rarement infiltrées ; toujours la muqueuse est saine. On n'en trouve qu'une seule exception dans le cas de Socin-Burckhardt (Obs. XXVIII), où la paroi rectale ne présentait d'adhérence avec la tumeur qu'en un point excessivement limité où la muqueuse elle-même était ulcérée, sur une surface du diamètre d'une pièce d'un centime ; partout ailleurs, la muqueuse était saine, non adhérente.

L'*urètre* est presque toujours atteint dans sa portion prostatique. Rejeté soit à droite, soit à gauche, il peut même présenter une double coudure comme dans l'observation de Socin-Langhans (Obs. II). Le plus souvent l'urètre est rétréci, mais il peut être dilaté: l'observation de Marsh nous en est un exemple. L'infiltration des parois urétrales est généralement localisée à la portion prostatique et à l'orifice interne ; on y rencontre aussi les mêmes formations polypeuses que dans la vessie. Les autres portions de l'urètre sont saines ; parfois, néanmoins, la lumière du canal est plus ou moins obstruée par un polype à point de départ vésical ou prostatique. Il en était ainsi dans le cas de West, où l'urètre était occupé en partie par un polype s'attachant à l'orifice interne par un pédicule long et mince.

Les *vésicules séminales*, les *canaux déférents* sont rarement complètement noyés dans la tumeur, au point qu'on ne puisse plus les différencier : nous ne relevons ce fait que dans les cas de Kaufmann (Obs. IX), se rapportant à un enfant de 4 ans, et dans celui de Hughes. Mais le plus souvent on ne constate qu'une infiltration plus ou moins profonde de l'un ou l'autre côté. Kaufmann, dans son observation de rhabdomyome malin chez un jeune homme de 26 ans, a trouvé les deux vésicules intactes ; dans le cas de Coupland elles étaient simplement tuméfiées, et, dans celui de Dupraz, atrophiées, mais non infiltrées.

Les *uretères* ne sont pas envahis par la néoplasie ; mais, par suite, soit de la rétention vésicale, soit de la pression exercée directement sur eux-mêmes ou sur leur orifice par la tumeur, on les trouve le plus souvent dilatés, soit des deux côtés, soit d'un seul. Les *bassinets* sont également dilatés dans un grand nombre de cas. Les *reins* sont parfois atrophiés ; ils présentent le plus souvent, par suite de l'infection surajoutée, des lésions de pyélonéphrite, de pyonéphrose. Le cas de Guyon en donne un exemple. Enfin nous verrons un peu plus bas que les reins peuvent être le siège assez fréquent de métastases.

L'infiltration néoplasique peut, de proche en proche envahir les organes du petit bassin : le *tissu cellulaire rétro-péritonéal et prérectal* était envahi dans le cas de L. Lévy ; l'infiltration a pu même gagner les *os du bassin* dans l'observation de rhabdomyome malin de Kaufmann (Obs. XXIII) chez un jeune homme de 26 ans ; il en était de même dans le cas de Hughes qui put constater en outre des infiltrations partielles de l'*instestin grêle*, du *côlon* et de l'*épiploon*; dans ces deux cas, le *péritoine* était également envahi en certains points.

Les *ganglions* sont — comme dans les sarcomes en général — assez rarement envahis. Mais le fait n'est pas exceptionnel, si ce n'est chez l'enfant, ainsi que l'ont déjà remarqué Socin et Burckhardt. Dans les 15 cas se rapportant à des enfants au-dessous de 10 ans, on ne relève qu'une seule fois l'envahissement ganglionnaire (Kaufmann, Obs. V). Dans les 19 cas restants, le fait n'est relevé que 5 fois. Ce sont les ganglions sacrés qui sont le plus souvent pris, plus rarement les ganglions inguinaux ; enfin une fois les ganglions cervicaux étaient envahis.

Les *métastases* ne sont pas rares dans les cas de sarcome de la prostate : elles atteignent presque toujours plusieurs organes à la fois. Ce sont les poumons et la plèvre le plus souvent touchés, puis le squelette, le pancréas, la dure-mère, les reins, le foie. On a pu trouver des métastases dans la rate, l'artère méningée moyenne et la muqueuse gastrique : mais ce sont là des exceptions.

Histologie pathologique.

Le groupe des sarcomes de la prostate est complexe, et peut-être la division jusqu'ici classique mériterait-elle d'être revisée afin de faire une place spéciale à certains sarcomes de l'enfance. En suivant la méthode employée par Brault dans l'étude du sarcome et en nous limitant aux variétés décrites jusqu'à ce jour pour la prostate, nous pou-

vons diviser ces sarcomes en : *sarcomes globo-cellulaires* (à grosses et petites cellules), *sarcomes fuso-cellulaires*, *sarcomes à cellules polymorphes*, *lympho-sarcomes*, pour les catégories principales ; et enfin en *sarcomes à tissus multiples* : myxo-sarcomes, angio-sarcomes, etc., variétés relativement peu étudiées en France, mais dont l'existence semble indéniable.

Ce classement nous donne le résultat suivant :

A. — SARCOMES GLOBO-CELLULAIRES.

1° S. à petites cellules.
- Socin, 8 mois, obs. II,
- Kaufmann, 1 an 1/2, obs. V.
- Rose, 2 ans 9 mois, obs. VII.
- Oliva, 18 ans, obs. XVIII.
- Guyon, 19 ans, obs. XIX.
- Hughes, 35 ans, obs. XXV.

2° S. à grosses cellules.
- Graetzer, 14 ans 1/2, obs. XVI.
- Socin, 51 ans, obs. XXIX.
- Dupraz, 73 ans, obs. XXXIV.

B. — SARCOMES FUSO-CELLULAIRES.

Tordeus, 8 mois, obs. III.
Wind, 5 ans 1/2, obs. XII.
Bland-Sutton, 7 ans, obs. XIV.
Isambert, 8 ans, obs. XV.
Marsh, 57 ans, obs. XXI.

C. — SARCOMES A CELLULES POLYMORPHES.

Schalek, 5 ans 3 mois, obs. VIII.
Barth, 17 ans, obs. XVII.
West, 21 ans, obs. XX.
Spanton, 70 ans, obs. XXXII.

D. — LYMPHO-SARCOMES.

Kaufmann, 24 ans 1/2, obs. XXI.
Coupland, 29 ans, obs. XXIV.

E. — SARCOMES A TISSUS MULTIPLES.

1° Angio-sarcomes.
- Socin-Burckhardt, 50 ans, obs. XXVIII.
- Mathias, 70 ans, obs. XXXIII.

2° Myxo-sarcomes.
- L. Lévy, 4 ans, obs. X.
- Spanton-Aiken, 5 ans, obs. XI.
- Verhoogen, 53 ans, obs. XXX.

3° Adéno-sarcome.
- Birsch-Hirschfeld, 2 ans, obs. VI.

4° Chondro-sarcome.	Kapsammer, 40 ans. obs. XXVI.
5° Rhadomyomes malins.	Kaufmann, 9 mois, obs. IV. » 4 ans, obs. IX. » 26 ans, obs. XXIII.
6° Fibro-myome (?)	R. Lévy, 45 ans, obs. XXVII.

Enfin il existe 3 cas dans lesquels les auteurs se sont contentés de mentionner que l'examen histologique avait révélé un sarcome : ce sont les cas de Rose (Obs. I), de Van der Hœven (Obs. XIII) et de Stein (Obs. XXII).

Mais, avant de faire l'étude détaillée de ces cas, nous voudrions attirer l'attention et discuter ce fait, un peu paradoxal, signalé par Socin et Burckhardt, que les sarcomes à cellules fusiformes se rencontrent plus fréquemment chez l'enfant au-dessous de dix ans que le sarcome globocellulaire. Or, en entrant dans le détail des observations, comme nous l'avons fait, on voit que ces sarcomes de l'enfance, et surtout de l'extrême enfance, sont loin d'être des sarcomes fuso-cellulaires typiques. Il y existe bien des formations fusiformes, mais souvent ces différenciations cellulaires présentent les apparences d'une striation musculaire incomplète, si bien que, rien que dans cette classe, Kaufmann peut compter deux rhabdomyomes malins. Cette interprétation est du reste parfois discutée, mais l'aspect même des formations décrites scrupuleusement par l'anatomo-pathologiste bâlois et l'existence de formations analogues dans d'autres sarcomes de l'enfance méritent de retenir l'attention.

Ce fait légitime la comparaison de ces tumeurs avec ces tumeurs rénales qu'on a longtemps désignées sous le nom de « sarcomes de l'enfance ». On sait qu'Eberth (1), en 1872, a constaté la présence de *fibres musculaires striées* incluses dans la trame sarcomateuse de ces tumeurs. Ce fait fut confirmé par Conheim, Marchand, Kocher et Langhans, Osler, Rib-

(1) Eberth. — *Virchows Archiv.*, 1872, t. IV, p. 518.

bert, Williams, et bien précisé par Brock (1) et Lecène (2). Ces tumeurs présentent aussi, indépendamment des formations adénomateuses que Birsh-Hirschfeld, Döderlein (3) ont étudiées, des figures nettes de rhabdomyome. C'est cet aspect de rhabdomyome que Kaufmann a retrouvé dans certains sarcomes de la prostate.

Il est vraisemblable de supposer que, sans présenter une différenciation cellulaire toujours aussi nette, certains sarcomes de la prostate de l'extrême enfance méritent d'être rapprochés de ces tumeurs mixtes et que c'est là la raison pour laquelle les sarcomes globo-cellulaires purs sont si rares à cet âge. Ne possédant pas d'observations personnelles de telles tumeurs, nous sommes forcés d'indiquer seulement ce point d'une manière hypothétique, mais nous pensons qu'il mérite d'appeler de nouvelles recherches dans l'avenir.

A. — *Sarcomes à tissu unique.*

Les sarcomes à tissu unique comprennent les tumeurs prostatiques formées uniquement de cellules sarcomateuses, à l'exception de tous autres éléments provenant d'autres tissus. Ce premier groupe comprend donc : les *sarcomes globo-cellulaires*, les *sarcomes fuso-cellulaires*, les *sarcomes à cellules polymorphes*.

a) — Sur nos 34 cas de sarcomes prostatiques, nous relevons 9 cas de *sarcomes globo-cellulaires* dont 6 à *petites cellules*.

Une bonne description microscopique nous en est fournie par Langhans, qui examina la tumeur recueillie à l'autopsie

(1) Brock. — *Virchow's Archiv.*, 1895, t. CXL, p. 493.

(2) Lecène. — Etude sur les tumeurs solides du rein. In « Travaux de chirurgie anatomo-clinique » de Henri Hartmann. Paris, 1904, p. 44-197. Cette excellente étude est spécialement à consulter au point de vue de l'état actuel de la question des tumeurs mixtes du rein).

(3) Birsch-Hirschfeld et Döderlein. — *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn-u. Sex.-Organ.*, 1894, LV, p. 1.

d'un enfant de 8 mois par Socin (obs. II). L'affection avait débuté quatre mois auparavant, par de la rétention d'urine et une tumeur abdominale s'était développée rapidement et progressivement, jusqu'à atteindre le volume d'une tête d'enfant. Englobant l'urètre complètement, qu'elle déviait latéralement, elle s'élevait entre la vessie et le rectum, remplissant tout le bassin. A la coupe, la tumeur présentait un tissu gélatineux, parsemé de petites cavités kystiques, à contenu teinté de sang.—« La constitution histologique de la tumeur est identique dans toutes ses parties, exception faite des kystes signalés plus haut. Le parenchyme est formé de cellules, les unes rondes, les autres polyédriques (par aplatissement réciproque), dont le volume est sensiblement égal, en sorte qu'elles rappellent l'aspect de globules rouges du sang qui seraient décolorés et tassés les uns contre les autres. Cependant ces cellules sont deux fois 1/2 plus grosses que les globules du sang. Leurs noyaux sont relativement volumineux et leur protoplasma, par contre, paraît plus rare. Dans la plupart des points de la tumeur, il n'existe pas de substance intercellulaire ; les cellules sont accolées directement les unes aux autres, en sorte qu'en dissociant la coupe au pinceau, on n'obtient qu'une trame formée de capillaires très développés. En d'autres points, on trouve, au contraire, entre les cellules une substance finement granulée ou finement fibrillaire. Cette substance est en petite quantité et occupe notamment le voisinage des vaisseaux. Les cellules qui y sont incluses ne se différencient pas des autres : il n'existe aucune structure alvéolaire, ni aucune différenciation en cellules de la trame et cellules intra-alvéolaires ».

Nous devons au professeur Rose (obs. VII) la communication d'un cas observé chez un enfant de 2 ans 9 mois auquel on fit une cystotomie pour une rétention d'urine. L'examen histologique de la prostate montra du tissu conjonctif à divers stades de son développement, avec de nombreux amas de petites cellules rondes ; quelques rares faisceaux muscu-

laires et pas trace de glande prostatique. On put constater une hypertrophie des éléments musculaires de la vessie, avec destruction d'une grande partie de l'épithélium et de nombreux foyers de cellules rondes. Les ganglions iliaques étaient bourrés de petites cellules rondes à noyau fortement coloré.

C'est également d'un sarcome à petites cellules rondes



Fig. 2. — Sarcome de la prostate provenant d'un jeune homme de 19 ans (Guyon).— Une coupe de la tumeur représentée fig. 1 (oc. 2; obj. 4 Verick).

qu'il s'agit dans l'observation XVIII, où Oliva rapporte l'histoire d'un paysan de 18 ans qui souffrait de rétention d'urine et dont la tumeur prostatique se compliquait d'un abcès urineux qui fut incisé. Mort 6 jours après. A l'autopsie, on trouva une caverne gangréneuse à gauche de l'urètre. Le lobe gauche de la prostate était normal, le lobe droit était

converti en un sarcome gros comme une orange, envoyant un prolongement vers le périnée. Les ganglions sacrés étaient envahis.

Le cas inédit (obs. XIX) que nous publions (1) grâce à la bienveillance de notre maître le professeur Guyon, mérite d'être approché des précédents. L'examen microscopique des fragments prélevés en divers points de la tumeur, au

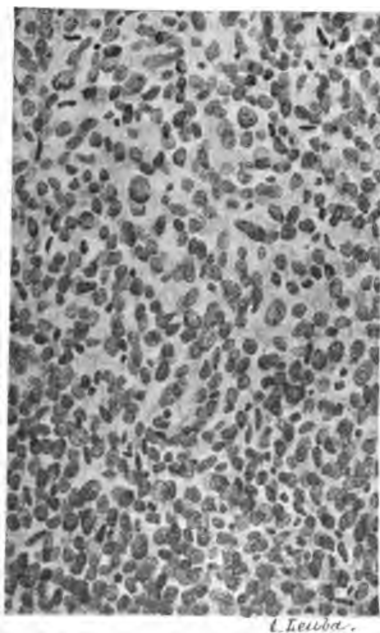


Fig. 3. — Sarcome de la prostate, provenant d'un jeune homme de 19 ans (Guyon).— Un point de la fig. 2 examinée à un fort grossissement (oc. 2 ; obj. 8 Verick).

centre et à la périphérie, confirmèrent le diagnostic clinique de sarcome de la prostate qui avait été porté (fig. 2). — En effet, histologiquement, la tumeur apparaît formée de petites cellules rondes ou polygonales, à gros noyau ovoïde se colorant bien, entouré d'une zone assez étroite de

(1) Voir page 10.

protoplasma. Ces cellules sont petites, mais plus grosses néanmoins que les cellules lymphatiques : en outre, on ne peut distinguer la présence d'aucun stroma réticulé pouvant permettre le diagnostic de lympho-sarcome ou plus exactement de lymphadénome (fig. 3). On rencontre peu de vaisseaux, si ce n'est vers la périphérie ; encore sont-ils peu nombreux. On ne relève non plus qu'un très petit nombre de kystes hémorragiques, assez fréquents pourtant dans cette variété de sarcome. Enfin on est frappé par l'homogénéité de la structure histologique de la tumeur où l'on ne retrouve, du reste, pas trace de glande prostatique.

Les reins sont le siège, outre des lésions pyélo-néphritiques, de métastases à éléments absolument semblables à la tumeur. Les parois de la vessie sont légèrement hypertrophiées, mais la muqueuse est recouverte, ainsi que celle de l'urèthre prostatique, de plaques blanchâtres, qui microscopiquement sont formées de cellules rondes, petites, tassées les unes contre les autres, et présentant le même aspect que celles observées dans la tumeur principale ; néanmoins, elles prennent mal les colorants et semblent être en voie de dégénérescence nécrobiotique.

Le diagnostic histologique est donc celui de sarcome globo-cellulaire, à petites cellules, de la prostate. Les cellules sont si petites que l'on pouvait même penser à un lymphadénome, mais l'absence de reticulum, l'homogénéité de la tumeur nous permit d'écarter ce diagnostic. Les coupes furent soumises à l'examen de M. Brault, qui confirma notre manière de voir.

Hughes (Obs. XXV) a rapporté l'histoire d'un malade de 35 ans qui, après une année de troubles de la miction, présenta de la rétention d'urine, pour laquelle en lui fit une taille périnéale. Il mourut 10 jours après de péritonite. A l'autopsie, on découvrit une volumineuse tumeur du poids de 2.325 grammes, développée au niveau de la prostate, mi-squirrheuse et mi-encéphaloïde, contenant de petits kystes à contenu purulent. Il existait de nombreux nodules néoplasi-

ques disséminés sur le péritoine, à la surface du foie et de la rate. La paroi vésicale était en partie infiltrée jusqu'à la muqueuse. — L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome typique à cellules rondes.

C'est également un sarcome à cellules rondes que Kaufmann (Obs. V) a trouvé en examinant une tumeur prostatique, de la grosseur d'une pomme, chez un enfant de 1 an 1/2, qui fut pris de rétention d'urine subitement, 11 jours avant sa mort.

Un exemple de sarcome globo-cellulaire à *grosses cellules* nous est fourni par Graetzer (Obs. XVI). Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans 1/2, chez lequel les troubles urinaires (difficulté et douleur de la miction) n'apparurent que 2 mois avant sa mort ; il présentait une tuméfaction périnéale, médiane, assez dure, douloureuse à la pression. On fit une incision pour enlever cette tumeur par morcellement, mais une hémorrhagie abondante fit interrompre l'opération. Quelques jours après, le malade succombait à une généralisation de la tumeur. L'autopsie révéla une tumeur périurétérale à point de départ prostatique, ayant donné des métastases nombreuses et, en particulier, dans le cerveau. — L'examen microscopique montra l'existence d'un sarcome à grandes cellules rondes, ayant le caractère lymphadénoïde. On retrouvait, par place, du tissu musculaire et aussi du tissu glandulaire. Les vaisseaux, assez nombreux, étaient de fort calibre et tapissés soit d'endothélium, soit de cellules sarcomateuses.

Socin (Obs. XXIX) en rapporte un cas à peu près semblable. Un homme de 51 ans souffrait de dysurie depuis un an ; depuis six semaines, il était en rétention complète et devait être sondé plusieurs fois par jour. A l'exploration vésicale, on constatait une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule, qui fut prise pour un calcul. Le malade avait une cystite intense et mourut 10 jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva que la tumeur intra-vési-

cale était implantée sur le lobe moyen de la prostate par un pédicule calcifié et tellement dur qu'il fallut les scier. Les deux lobes latéraux étaient hypertrophiés, mais ne prenaient aucune part à la tumeur. — L'examen microscopique, fait par le professeur Roth, montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire, à cellules relativement grosses, extraordinairement vascularisé et en partie calcifié (fig. 4). Les



FIG. 4.— SARCOME DU LOBE MOYEN DE LA PROSTATE, en partie calcifié ayant envahi le trigone vésical. — La sonde a filé dans une fausse route qui traverse le pédicule de la tumeur.
Pièce de la collection de l'Institut pathologique de Bâle (SOCIN).

ganglions mésentériques présentaient de la dégénérescence sarcomateuse, alors que les ganglions inguinaux étaient libres.

Un autre exemple de cette variété de sarcome globo-cellulaire nous est fourni par le cas de Dupraz (Obs. XXXIV)

concernant un vieillard de 73 ans, chez lequel on crut d'abord à de l'hypertrophie prostatique. Atteint d'une subluxation de l'épaule gauche, on décida, devant les douleurs violentes ressenties à l'épaule, de faire la résection de celle-ci. L'opération montra qu'il s'agissait d'un sarcome et on



Fig. 5. — Sarcome de la prostate provenant d'un enfant de 9 ans. Coupe sagittale (Bland Sutton).— A remarquer la façon dont la tumeur a refoulé la vessie par en haut.

ne la poussa pas jusqu'au bout. Le malade mourut d'hémorragie. Depuis quatre mois le malade était également soigné pour sa vessie, et sondé tous les jours. L'autopsie révéla, outre le sarcome de l'omoplate, un sarcome de la prostate

développé surtout aux dépens du lobe gauche, et vers le rectum auquel il était relié par un tractus fibreux. La tumeur était de consistance assez ferme au centre, mais molle vers la périphérie. — Histologiquement, on trouva des cellules rondes à gros noyau, surtout au centre de la tumeur ; à la partie moyenne et à la périphérie, il existait une trame dont les fibres constituaient par leur enchevêtrement un lacis qui supportait les cellules rondes ou polyédriques, sans que celles-ci fussent jamais renfermées dans des alvéoles nettement délimités. A un examen superficiel, cette organisation pseudo-alvéolaire pouvait donner l'impression d'un carcinome. On retrouva encore des traces de tissu prostatique frappé d'altération sénile.

En résumé, cette première variété de sarcome se présente dans la prostate comme dans les autres organes : sa consistance est le plus généralement molle, pouvant même donner l'illusion de la fluctuation. Les vaisseaux y sont assez nombreux, volumineux, dilatés. On y rencontre assez souvent des cavités kystiques hémorrhagiques.

b). — Les *sarcomes à cellules fusiformes* sont une des deux variétés le plus fréquemment rencontrées dans la prostate. Nous en avons relevés 6 cas dans la littérature. Au contraire des précédents, ils se présentent avec une consistance ferme ; mais histologiquement ils ne montrent pas la même homogénéité dans le volume des cellules constituantes. On peut dire que toujours on y rencontre — plus ou moins inégalement réparties — de grandes et de petites cellules fusiformes. Nous n'avons pu relever qu'un seul cas où la tumeur était uniquement formée de petites cellules : c'est l'observation de Wind (Obs. XII).

Il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2 ayant présenté pendant environ 4 mois avant sa mort des mictions douloureuses, de l'incontinence et de la dysurie ; le cathétérisme montrait un urètre rétréci dans sa portion profonde et une vessie disten-

due. La tumeur de la prostate, palpable par le rectum, remontait jusqu'à l'ombilic. Le petit malade mourut de pneumonie. Or l'autopsie montra une tumeur de la prostate, multilobée, et émettant des prolongements papillomateux qui avaient pénétré dans la cavité vésicale et dont l'un même s'était glissé dans l'urètre. Il y avait une hydronéphrose double. — L'examen microscopique révéla que la totalité de la tumeur était formée de cordons de petites cellules fusiformes à noyaux très nets, sans substance intermédiaire visible. Ces cordons s'entremêlaient de toutes parts en forme de réseau, ne contenant que de rares vaisseaux. Çà et là on retrouvait du tissu glandulaire normal. Les papillomes intra-vésicaux avaient la même structure, mais les groupes cellulaires y affectaient une disposition plus lâche et plus régulière.

Les autres observations de sarcome fasciculé concernent des tumeurs formées de grandes et de petites cellules fusiformes ou ne donnent pas les dimensions des cellules. Dans plusieurs cas, le néoplasme présente en divers points de la dégénérescence myxomateuse ; nous estimons que ces dégénérescences partielles ne permettent pas de ranger ces tumeurs parmi les myxosarcomes, dont nous verrons plus loin deux exemples bien nets.

C'est un de ces sarcomes fuso-cellulaires, à dégénérescence partielle myxomateuse, que rapporte Tordeus (Obs.III). Un enfant de 8 mois présentait de la constipation et des mictions douloureuses ; à la palpation, on trouvait une tumeur remontant à l'ombilic, dure, lisse, du volume d'une tête d'enfant, indolore. Les ganglions inguinaux étaient normaux. L'enfant mourut de broncho-pneumonie, sans que le diagnostic de la tumeur eût été fait. A l'autopsie, on trouva une tumeur assez ferme, lisse, du poids de 1.370 grammes, refoulant la vessie en avant et développée surtout aux dépens du lobe gauche de la prostate. A la coupe, elle offrait une coloration blanchâtre en certains points, rouge foncé en d'autres ; elle contenait de nombreux et gros vaisseaux et un foyer

hémorragique au centre.— L'examen microscopique montra un tissu formé presqu'exclusivement par des cellules fusiformes disposées en séries allongées donnant l'apparence de traînées fibreuses.Les vaisseaux étaient nombreux et de gros calibre, ne présentant pas de membrane propre appréciable ; leurs contours étaient délimités par des éléments néoplasiques.En certains points on distinguait une disposition réticulée; les cellules, étoilées et anastomosées entre elles, circonscrivaient des lacunes à contenu clair, homogène, visqueux. Ces parties correspondaient aux régions de la tumeur paraissant fluctuantes.

Bland Sutton (Obs. XIV) rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans qui avait de la rétention d'urine et qui présentait une tumeur pointant au périnée, à la manière d'un abcès.L'enfant mourut d'une hémorragie consécutive à l'incision que l'on fit,croyant à un abcès.A l'autopsie, on vit que la tumeur était d'origine prostatique, et qu'un bourgeon, faisant saillie au niveau de l'orifice interne de l'urètre, était la cause de la rétention d'urine (fig. 5). — La tumeur était d'un tissu délicat, formée microscopiquement de cellules fusiformes et contenant encore des espaces glandulaires.

C'est également un sarcome fasciculé chez un enfant que nous retrouvons dans l'observation d'Isambert (Obs. XV). L'enfant, âgé de 8 ans 1/2, avait présenté plusieurs rétentions aiguës d'urine pendant les 7 mois qui précédèrent sa mort. A la palpation,on sentait une tumeur arrondie, volumineuse, remontant à 1 ou 2 cm. au-dessus de l'ombilic. A l'autopsie,on trouva la vessie soulevée par une tumeur occupant tout le petit bassin. Le col vésical était complètement embrassé par la tumeur ; l'urètre, sain, cheminait dans une gouttière creusée dans la partie postérieure et inférieure de la tumeur. On ne retrouvait pas trace de la prostate. Les parois vésicales étaient hypertrophiées, le bas-fond vésical occupé par des végétations polypeuses. Les reins étaient hypertrophiés, purulents. — A l'examen microscopique, on ne trouva pas de cellules cancéreuses, mais des éléments du

tissu fibro-plastique et, en quelques points, un tissu mal déterminé, assez analogue à des fibres musculaires dégénérés. On ne retrouva pas trace de la substance propre de la prostate.

Dans le cas de Marsh (Obs.XXXI) concernant un homme de 57 ans, une constipation opiniâtre avait attiré l'attention sur une tumeur située dans le petit bassin et qu'au cours d'une laparotomie, faite en vue de son extirpation, on crut d'origine osseuse (os iliaque gauche). L'extirpation étant jugée impossible, on referma simplement la plaie. Dans la suite, le malade dût se sonder continuellement. La tumeur augmenta rapidement de volume et le malade mourut quelques semaines plus tard avec des phénomènes d'occlusion intestinale. A l'autopsie, on put constater que la tumeur n'avait aucune connexion osseuse, mais avait son point de départ dans la prostate : de la grosseur d'une tête fœtale, elle remplissait tout le bassin, repoussant la vessie en haut vers l'ombilic et comprimant tous les organes voisins sans les envahir. — Microscopiquement la tumeur était formée de cellules fusiformes et de tissus fibreux, particulièrement dense à la périphérie, où il formait une capsule très nettement marquée.

c). — *Sarcomes à cellules polymorphes.* — Tous les sarcomes que nous venons d'étudier jusqu'ici sont formés d'éléments uniquement globo ou fuso-cellulaires ; nous devons en rapprocher 4 autres observations où les deux formes de cellules se rencontrent mélangées dans la même tumeur.

Schalek (Obs. VIII) en rapporte un cas très net, dans lequel la néoplasie, exclusivement limitée à la prostate, s'était développée excentriquement sans envahir ni la vessie, ni l'urètre, ni le rectum. Il s'agissait d'un enfant de 3 ans et 3 mois, qui présentait une tumeur pelvienne ayant déterminé de la rétention, puis de l'incontinence. L'enfant fut opéré par le professeur Bayer qui, avec la tumeur, extirpa tous les

organes génitaux et une partie de la vessie ; mais la mort survint 5 jours après l'opération. La tumeur extirpée avait le volume du poing ; sa coloration était blanchâtre, sa consistance molle. — A l'examen microscopique, on se trouva en présence d'un sarcome à cellules polymorphes, rondes ou fusiformes, présentant par places des points en dégénérescence myxomateuse et quelques foyers hémorrhagiques. Le tissu glandulaire de la prostate se retrouvait en d'assez nombreux points.

On peut rapprocher de ce cas celui observé par Barth (Obs. XVII), qui pratiqua une cystostomie périnéale chez un jeune homme de 17 ans, pour remédier à des troubles urinaires remontant à 4 mois et déterminés par une tumeur pelvienne nettement perceptible au toucher rectal. Le malade mourut de cachexie au bout de six mois ; la tumeur avait proliféré au travers de la plaie périnéale et s'était épanouie à l'extérieur en forme de chou-fleur. A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'une tête d'enfant ayant pris son point de départ au niveau de la partie antérieure de la prostate. — Microscopiquement, l'aspect des coupes était, par places, celui d'un sarcome fuso-cellulaire et, en d'autres points, d'un sarcome globo-cellulaire, en voie de dégénérescence myxomateuse. On y trouvait également quelques foyers hémorragiques et, en de rares endroits, on pouvait relever la présence de boyaux glandulaires d'origine prostatique.

Dans un cas de West (Obs. XX) concernant un jeune homme de 21 ans qui avait de la difficulté des mictions, et chez lequel on ne soupçonna l'existence d'un néoplasme que quelques jours avant sa mort, on trouva, à l'autopsie, à la place de la prostate, une grosse tumeur molle, demi-fluctuante, du volume d'une grosse orange et que l'examen microscopique montra être formée de cellules rondes et fusiformes.

Enfin Spanton (Obs. XXXII), chez un vieillard de 70 ans, qui depuis 2 ans accusait une constipation opiniâtre et de vives douleurs à la défécation, sans éprouver d'ailleurs de

troubles urinaires, a enlevé, par une incision prérectale, une grosse tumeur prostatique du volume du poing, qu'il ne put toutefois, en raison de son extrême friabilité, extirper que par fragments. Toute une partie de la tumeur, située derrière la symphyse, resta en place. Le malade mourut le lendemain de l'opération. A l'autopsie, on trouva, en effet, en arrière de la symphyse et la dépassant en hauteur, une tumeur lobulée, entourant complètement le col vésical, de consistance molle. — L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes et globulaires, enveloppée d'une capsule fibreuse.

d). *Lymphosarcomes.* — Avant de passer en revue les sarcomes prostatiques à tissus multiples, il nous faut citer ici, parmi les néoplasmes formés d'un seul tissu, deux cas de lymphosarcomes. Brault a écarté, dans sa nomenclature des sarcomes, les lymphosarcomes, pour en faire une classe à part sous le nom de « lymphadénomes. » Si nous avons compté parmi nos cas certains ces deux observations, c'est que nous avons estimé que, par la description histologique donnée par les auteurs, elles devaient être classées parmi les sarcomes plutôt que dans les lymphadénomes.

Le premier cas est celui décrit par Kaufmann (Obs. XXI), qui fit l'autopsie d'un ouvrier de 24 ans 1/2 lequel, malgré la présence d'une tumeur prostatique de la grosseur du poing, n'avait présenté durant sa vie aucun symptôme clinique, qui pût y faire penser. La tumeur, de consistance ferme, faisait saillie dans la cavité vésicale. Le col vésical, l'urètre prostatique étaient infiltrés par la néoplasie, qui formait d'épais replis au niveau du trigone. Le tissu normal de la glande avait presque complètement disparu, sauf dans la partie centrale et dans la portion inférieure du lobe gauche. La vésicule séminale droite et l'extrémité inférieure de la gauche étaient englobées dans la tumeur. On trouva des métastases étendues dans la plèvre, les reins, le pancréas, la dure-mère, les ganglions cervicaux, le fémur, le tibia et la

voûte cranienne. — Au microscope, l'image présentée par les différentes parties de la tumeur prostatique était celle d'un lymphosarcome, avec un réticulum tantôt finement réticulé ou fasciculé, tantôt grossièrement fasciculé, rempli, partie de petites cellules lymphoïdes, partie de grosses cellules ayant parfois plusieurs noyaux.

Le second cas est celui de Coupland (Obs.XXIV) se rapportant à un jeune agent de police de 29 ans, qui fut brusquement pris, à la suite d'excès, de cystite, puis de rétention d'urine, nécessitant le cathétérisme. Trois mois après, le malade n'urinait que par regorgement. Au toucher rectal, très douloureux, on sentait une hypertrophie uniforme de la prostate, lisse, ferme. Le malade mourut quelques semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on put constater que la prostate était envahie par une tumeur faisant saillie dans la vessie et entourant le col vésical et l'urètre prostatique. La partie faisant saillie dans la vessie avait un aspect polypeux et était surmontée de tissu nécrosé, déchiqueté, villeux. Le néoplasme était plus développé à gauche qu'à droite. La vésicule séminale gauche était seule englobée. Il existait des métastases dans le pancréas et la capsule surrénale droite. — L'examen microscopique montra qu'on avait affaire à un néoplasme se composant de cellules rondes ayant les caractères de leucocytes et d'un stroma réticulé et ramifié semblable à celui des ganglions lymphatiques.

B. — *Sarcomes à tissus multiples.*

Nous arrivons maintenant à la deuxième grande division des sarcomes : celle des sarcomes à tissus multiples. Moins nombreuse que la précédente, puisqu'elle ne contient que 11 cas, au lieu de 21, elle forme néanmoins un groupe assez important.

a). — En première ligne, nous citerons trois cas de *myxosarcomes*. Il s'agit bien ici d'une tumeur formée d'éléments

sarcomateux mélangés à du tissu muqueux très nettement différencié. Nous avons vu que, parfois, dans les sarcomes fuso-cellulaires en particulier, on pouvait constater quelques points en dégénérescence myxomateuse ; nous les avons déjà mentionnés plus haut.

L. Lévy (Obs. X) rapporte un cas de ces myxo-sarcomes à cellules muqueuses nettement différenciées. Un enfant de 4 ans est pris brusquement de rétention complète d'urine qui nécessite le cathétérisme ; 15 jours après on constate que



Fig. 6. — Sarcome de la Prostate. Enorme chou-fleur myxo-sarcomateux ayant fait irruption à travers une boutonnière périnéale pratiquée dans le but de lever le rétrécissement urétral. (D'après L. Lévy *Munch. med. Wochensch.*, 1903, n° 10, p. 431.)

la vessie est fortement distendue, le cathétérisme étant devenu impossible par suite d'un obstacle au niveau de la portion membraneuse. Le périnée est soulevé à droite par une tumeur, qui est sentie par le toucher rectal et occupe tout le bassin. On fait une cystostomie sus-pubienne pour évacuer la vessie, puis, quelques jours plus tard, une incision périnéale pour lever le rétrécissement urétral. Mais le périnée est infiltré par le néoplasme qui se propage au de-

hors les jours suivants par la plaie périnéale et s'étale au dehors, en chou-fleur (fig. 6). L'enfant succombe 6 semaines après, à la cachexie. A l'autopsie, on trouve que la tumeur a envahi la prostate et l'urètre prostatique, mais sans toucher à la vessie et au rectum. Il y a des métastases dans les reins. — A l'examen microscopique, la tumeur se présente dans son ensemble comme un myxo-sarcome. Les différents éléments cellulaires sont réunis par des prolongements étoilés et, entre eux, se trouve une substance fondamentale de consistance muqueuse. Sur certaines coupes, le caractère myxomateux est moins marqué: les cellules sont serrées les unes contre les autres et sont fusiformes. Le tissu néoplasique renferme de nombreux capillaires de néoformation et des lacunes remplies de sang. Certaines parties de la tumeur renferment quelques fibres musculaires et d'autres des vestiges de glande prostatique.

C'est également chez un enfant de 5 ans que Spanton (Obs. XI) a observé un myxo-sarcome. Cet enfant présentait une hypertrophie des ganglions inguinaux. Depuis un mois, il avait une grande difficulté des mictions; le cathétérisme était impossible, par suite de la présence d'un obstacle dans l'urètre membraneux. On constata la présence d'une tumeur prostatique, s'accroissant rapidement vers l'ombilic et vers le périnée. La mort survint 13 semaines après le début des accidents urinaires. A l'autopsie, on trouva une tumeur formée de deux parties, l'une ferme, solide, occupant la place de la prostate, l'autre molle ayant envahi le tissu cellulaire pelvien, s'étendant jusqu'au rectum et remplissant les fosses ischio-rectales. La tumeur prostatique avait complètement envahi l'urètre et poussait des prolongements polypeux dans la vessie. — L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome. L'élément sarcomateux était représenté par de petites cellules rondes et ovales.

Le troisième cas est rapporté par Verhoogen (Obs. XXX). Un homme de 53 ans présentait, sans aucun trouble fonctionnel, une tuméfaction qui avait, depuis un an, enveloppé

peu à peu l'anus. Au toucher, on sentait une tumeur dure, indolore, non adhérente à la peau, se confondant avec la prostate et ayant envahi la fosse ischio-rectale. On extirpa cette tumeur ; le malade guérit, mais mourut de récidive 9 mois plus tard. — L'examen microscopique révéla qu'il s'agissait d'un myxosarcome de la prostate, présentant dans sa portion inférieure des concrétions calcaires qui lui donnaient une dureté si grande que la ponction, à ce niveau, avec un trocart, était presqu'impossible.

b). *Angio-sarcome.* — Nous relevons ensuite deux observations d'angio-sarcome, chez des sujets âgés, l'un de 50, l'autre de 70 ans. Dans ce dernier cas, étudié par Mathias (Obs. XXXIII), l'auteur ne nous donne histologiquement que le résultat de l'examen sans entrer dans les détails : il s'agit d'un angio-sarcome trabéculaire.

Voici la description que Kaufmann donne du premier cas observé par Socin et Burckhardt (Obs. XXVIII) : « La tumeur se laisse dissocier en formations, souvent ramifiées, dont l'axe est constitué par un vaisseau sanguin et dont le reste est formé de cellules fusiformes assez courtes, serrées les unes contre les autres et qui, sur des coupes transversales, apparaissent souvent avec une disposition rayonnée autour de la lumière du vaisseau. Les vaisseaux du centre de la masse sarcomateuse sont relativement larges et sont formés uniquement d'une couche endothéliale à laquelle s'accole extérieurement une mince bande de tissu conjonctif ; à celle-ci adhère immédiatement la masse des cellules fusiformes. Dans les points où les vaisseaux, ainsi engaînés de tissu sarcomateux, vont se ramifiant dans différentes directions, et où les masses sarcomateuses prolifèrent très activement, l'image microscopique devient plus compliquée et l'aspect angiosarcomateux de la tumeur plus effacé : cependant, sur toutes les coupes, il a toujours été possible de reconnaître la disposition typique décrite plus haut. » — Il s'agissait, dans ce cas, d'un prêtre de 50 ans qui avait présenté une consti-

pation opiniâtre résistant à tous les laxatifs, sans accompagnement de troubles urinaires. Au toucher rectal, on avait senti une tumeur semblant développée dans la prostate et du volume du poing environ. Elle siégeait surtout sur la paroi latérale droite du rectum ; la muqueuse rectale était mobile sur la tumeur, sauf en un point où elle était adhérente et ulcérée. On fit au malade l'extirpation de sa tumeur par la voie périnéale. La guérison se fit sans complication. La récidive ne se produisit que quatre ans et demi après l'opération et entraîna la mort dans l'espace d'une année.

c). — Kapsammer (Obs. XXVI) donne la description d'un *chondro-sarcome* de la prostate. Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, après quelques troubles urinaires, fut pris de rétention complète et dut se sonder lui-même. La prostate, normale au début de la rétention, augmenta très rapidement de volume. Le malade mourut environ neuf mois après le début des accidents. « A l'autopsie, on trouva une tumeur prostatique, ayant fait irruption dans l'urètre. — L'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'un sarcome globo-cellulaire à petites cellules mélangées à de nombreux îlots de cartilage hyalin. Le néoplasme mériterait donc d'être désigné sous le nom de sarcome enchondromateux. Jusqu'ici on n'a jamais décrit de tumeur de ce genre dans la prostate. »

d). — Birsch-Hirschfeld (Obs. VI) rapporte avoir examiné une prostate provenant du cadavre d'un enfant de 2 ans, qui se présentait histologiquement comme une *combinaison d'adénome et de sarcome.*

e). — Nous arrivons maintenant aux trois cas décrits par Kaufmann comme *rhabdomyomes* malins, et que nous avons comptés parmi les sarcomes, nous avons expliqué plus haut pourquoi.

Dans la première observation (Obs. IV), il s'agit d'un enfant de 9 mois qui, quelques semaines avant sa mort, pré-

senta des mictions douloureuses, et enfin de la rétention. Le cathétérisme était difficile. Quelques phénomènes intestinaux apparurent avant la mort. A l'autopsie, on trouva une vessie distendue, soulevée par une tumeur occupant toute la région prostatique (fig. 7), de consistance ferme, élas-



Fig. 7. — Rhabdomyome de la prostate provenant d'un enfant de 9 mois. Hypertrophie de la vessie. (Socin et Burckhardt).— L'encoche triangulaire qu'on aperçoit à la partie inférieure de la tumeur est le résultat d'une incision pratiquée dans la pièce.
[Pièce de la collection de l'Institut pathologique de Bâle.]

tique, avec des points pseudo-fluctuants. A la coupe, le néoplasme était de couleur blanchâtre, présentant des striations nombreuses. Le rectum était aplati d'avant en arrière par la tumeur, mais sans qu'il y eût d'adhérences. On ne trouva pas de métastase. — Histologiquement et à

un faible grossissement, dit Kaufmann, on a l'impression d'être en présence d'un sarcome fuso-cellulaire, avec dégénérescence myxomateuse en certains points. Le volume des cellules est très variable ; quelques-unes ont un noyau épais, court ou allongé. Ces cellules forment des faisceaux plus ou moins lâches qui, particulièrement sur le bord des coupes, se dissocient en masses fibrillaires allongées (fig. 8). En d'autres points, on voit des cellules rondes situées le plus souvent au milieu d'un réticulum ou entre de fins faisceaux : on est frappé par la dissemblance notable de volume entre ces cellules (fig. 9). Il existe une zone fibreuse à la périphérie de la tumeur. On ne retrouve nulle part trace de portions glandulaires de la prostate.

Les caractères du rhabdomyome malin, sont beaucoup plus nettement marqués dans la seconde observation donnée par Kaufmann (Obs. IX). Il s'agit encore d'un enfant, âgé de 4 ans, qui avait commencé par ressentir de violentes douleurs dans l'urètre, suivies bientôt de rétention complète. Le cathétérisme donne l'impression d'un obstacle dans l'urètre postérieur. Par le toucher rectal, on sent une tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, élastique, qui repousse la paroi rectale et sur laquelle la muqueuse est difficilement mobilisée. Les mictions normales se rétablissent pendant quelque temps ; mais la tumeur augmente rapidement, les mictions redeviennent difficiles et le petit malade meurt cinq mois après les premiers accidents constatés. A l'autopsie, on trouve une tumeur, grosse comme les deux poings et englobant la prostate, les vésicules séminales et les ampoules des canaux déférents ; elle remplit presque tout le petit bassin et fait de petites saillies, de la grosseur d'une noisette, dans la cavité vésicale. — La constitution histologique de la tumeur n'est pas identique en tous ses points. C'est ainsi qu'en certains endroits, on voit prédominer des agglomérations considérables de cellules fusiformes grêles, et pas très longues, formant des faisceaux et ayant tout à fait l'aspect des petites cellules fusiformes des sarcomes. Ailleurs

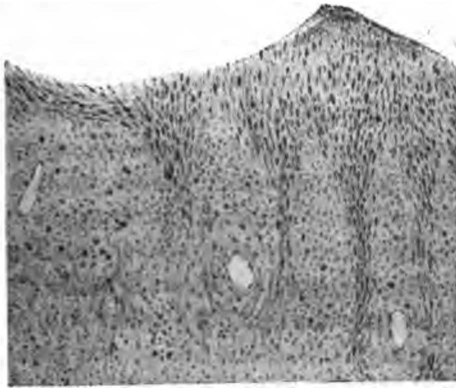


FIG. 8. — RHABDOMYOME DE LA PROSTATE multicellulaire. Coupe provenant de la partie moyenne de la tumeur représentée fig. 7. Gross. 80 (d'après SOCIN et BURCKHARDT).

Cette coupe présente l'apparence d'un sarcome fuso-cellulaire avec, à droite de la préparation, des traînées de cellules fusiformes groupées en faisceaux entre lesquels les parties plus claires sont formées de cellules en dégénérescence myxomateuse.



FIG. 9. — RHABDOMYOME DE LA PROSTATE multicellulaire. Aspect finement réticulé, avec cellules rondes, d'un point de la fig. 8 vu à un grossissement de 250 (d'après SOCIN et BURCKHARDT).

On voit, incluses dans un fin réticulum fibreux, des cellules d'apparence très diverses, les unes arrondies, les autres en forme de poire ou de massue ; l'une même est allongée en forme de tube à double contour et renferme plusieurs noyaux.

ce sont de fins faisceaux,colorés en rose par le von Gieson, qui entourent parfois, en formant des réseaux, des cellules arrondies à gros noyaux ; ailleurs encore, le tissu est myxomateux. Mais le fait remarquable, c'est qu'en presque tous les points de la tumeur on trouve « de grandes cellules, le plus souvent polynucléées, tantôt arrondies, tantôt polygonales, tantôt pyriformes ou étoilées, ayant des prolongements analogues à ceux des cellules nerveuses et souvent une fine membrane d'enveloppe fibreuse, le plus souvent séparée du corps cellulaire par un espace vide. On note également sur ces cellules une situation longitudinale et parfois aussi transversale.... On peut voir toutes les formes de transition entre les petites formes cellulaires décrites plus haut et les bandes et fibres musculaires, de longueur, de largeur et de forme très variables, qui apparaissent, les unes non striées, les autres striées longitudinalement, ou même transversalement sur une étendue plus ou moins grande. La situation des fibres les unes par rapport aux autres montre tantôt une tendance à la disposition fasciculée, tantôt, au contraire, un entremêlement désordonné ».

Enfin la troisième observation (Obs. XXIII), est celle d'un mécanicien de 26 ans qui mourut à l'hôpital de Bâle, avec le diagnostic de sarcomatose de la moelle osseuse, mais sans avoir présenté de troubles urinaires. A l'autopsie, on découvrit une volumineuse tumeur prostatique en rapport avec les os du bassin qui ont été envahis. Les vésicules séminales étaient intactes ; le rectum était repoussé par la tumeur, mais sa muqueuse indemne. Des métastases se trouvaient dans les ganglions rétropéritonéaux, le foie, les poumons, la plèvre, de nombreux os.

Microscopiquement la tumeur ressemblait beaucoup à la tumeur précédente, et par la présence de cellules fusiformes petites, et par le réticulum fibreux finement fibrillaire, voire même par les traces de dégénérescence myxomateuse. Mais « ce qu'on ne voyait pas sur les préparations des cas précédents, c'est cet extraordinaire développement du tissu con-

jonctif qu'on rencontre ici et qui forme, en de nombreux points, de larges traînées parcourant la préparation ; c'est, d'autre part, la présence d'éléments musculaires très visibles et, en partie, si nettement différenciés qu'il en résulte des groupes cellulaires et même des faisceaux complets d'une vingtaine de fibres et davantage. A un plus fort grossissement, nous retrouvons des formes en filaments ou en bandes, avec leur striation longitudinale et souvent aussi partiellement transversale, cette dernière étant beaucoup plus marquée ici que dans les deux cas précédents ».

f). — Pour terminer, nous citerons le cas de R. Levy (Obs. XXVII), qui fut publié d'abord, après l'examen histologique qu'en fit le professeur Ziegler, comme un cas de sarcome fuso-cellulaire. Ce ne fut que trois ans plus tard que le professeur von Kahlden, examinant à nouveau des coupes de la tumeur, émit des doutes sur le diagnostic de sarcome, mais sans toutefois se prononcer d'une façon catégorique sur la possibilité d'un *fibro-myome.*

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui, depuis cinq ans, présentait des troubles de la défécation : douleurs, constipation opiniâtre. En dernier lieu, il eut des hémorrhagies assez graves. Le toucher rectal démontrait la présence d'une tumeur prostatique ayant envahi la paroi antérieure du rectum. La pression en était douloureuse et provoquait une hémorragie. Le malade mourut en n'ayant présenté que quelques rares troubles vésicaux dans les derniers jours. A l'autopsie, on trouva une volumineuse tumeur occupant tout le petit bassin, adhérant en arrière au rectum, en avant à la vessie dont la muqueuse était cependant normale. La prostate et les vésicules séminales étaient complètement englobées dans la tumeur grosse comme une tête d'enfant. L'urètre était complètement perméable, la paroi antérieure du rectum ulcérée. Il y avait des métastases dans le foie. — Les premiers examens microscopiques firent porter le diagnostic de sarcome de la prostate. Mais, comme nous le di-

sions plus haut, l'examen pratiqué par le professeur von Kahlden firent douter de l'exactitude de ce diagnostic. « La masse principale présente une structure homogène, elle est formée de longues cellules fusiformes à noyaux également et nettement fusiformes; par leur dimension elles ressemblent à des cellules musculaires lisses. Plusieurs de ces cellules sont à peu près aussi volumineuses que des cellules de fibro-myomes utérins, d'autres sont un peu plus petites. Ce qui frappe, d'autre part, c'est la disposition en faisceaux affectée par ces cellules fusiformes : c'est pour cela qu'on rencontre, alternant assez régulièrement les uns avec les autres, des faisceaux coupés, les uns transversalement, les autres longitudinalement. Au sein de la tumeur les vaisseaux sanguins sont rares ; là où ils existent, ils sont assez volumineux et, lorsque leur lumière est très large, ils n'ont pour ainsi dire pas de paroi différenciée, de sorte qu'à ce point de vue ils se rapprochent plutôt des vaisseaux contenus dans les sarcomes ».

V. — Symptomatologie

Au point de vue clinique,il convient d'étudier séparément et même d'opposer l'une à l'autre la symptomatologie des sarcomes de la jeunesse — nous rangerons sous cette rubrique celle de nos observations qui ont trait à des sujets âgés de moins de 30 ans, — et celle des sarcomes apparaissant chez l'adulte ou dans l'âge avancé. Nous avons été amenés à choisir l'âge de 30 ans comme limite : c'est évidemment une manière de faire un peu artificielle, mais qui donne des résultats justes pour la majorité des cas.

1° *Sarcome du jeune âge* (24 observations certaines). — Le début véritable de l'affection passe habituellement inaperçu et ce n'est que lorsque déjà la tumeur acquiert un volume suffisant pour gêner l'évacuation de la vessie qu'elle se révèle à l'examen. Le plus souvent c'est une crise de

rétention complète, survenant brusquement, qui attire l'attention : ce fait est noté dans 13 de nos 24 observations (Obs.I,II,V,VII,VIII,IX,X,XIII, XV,XVII, XVIII, XXII et XXIV). Ce début est signalé plus fréquemment encore dans les observations de notre deuxième groupe (cas probables). Cette crise de rétention éclate généralement sans prodromes. Cependant, parfois (Obs. IV, XI, XII et XIX) des phénomènes de dysurie ou des symptômes de rétention incomplète se sont manifestés auparavant. D'autres fois, il s'agit tout le temps de rétention incomplète (Obs. III et XVI). Au total, sur nos 24 observations, il y en a 19 où se trouvent relatés des troubles urinaires. Ce chiffre dit assez la valeur capitale de cet ordre de symptômes dans le sarcome de l'enfance et des jeunes gens. C'est plutôt, du reste, l'existence de la rétention que son évolution ultérieure qui présente de l'importance au point de vue diagnostic.Lorsque le malade est abandonné à lui-même, la miction par regorgement ne tarde pas à s'établir (Obs. VII, VIII,XV et XIX). Lorsqu'au contraire il est sondé régulièrement, la miction se rétablit quelquefois d'une manière temporaire.Le cathétérisme présente souvent alors de grandes difficultés.

Les déviations du canal et les obstacles du cathétérisme augmentent de jour en jour et la plupart des cystostomies qui ont été faites chez les enfants, dans les cas de sarcomes l'ont été en l'absence du diagnostic,pour remédier simplement aux difficultés du diagnostic.

Lorsque le cathétérisme peut être pratiqué, on note souvent un grand allongement de l'urètre.

Outre les modifications du canal, l'examen pratiqué à cette époque révèle fréquemment une tumeur prostatique. Le plus souvent,cette tuméfaction fait saillie au niveau du rectum (Obs. VIII, IX, X,XI,XII, XIII,XVI,XVII, XVIII, XIX et XXII). Souvent aussi elle distend le périnée sous forme d'une masse plus ou moins fluctuante, parfois prise pour un abcès (Obs. XIV, XVIII, XIX) et même incisée comme tel. Dans ces cas, on note, soit spontanément, soit

justement à la suite de l'incision,l'issue de masses néoplasiques qui viennent bourgeonner à l'extérieur. L'observation de Lévy (fig. 6) en est un exemple typique. D'autres fois, le rectum s'ulcère et des fragments de la tumeur sont expulsés par l'anus.

Le grand volume de la tumeur prostatique fait qu'elle apparaît à l'abdomen en même temps qu'elle est perceptible au périnée ou par le rectum. Sa consistance est élastique et, par places, souvent presque fluctuante. Ce prolongement abdominal est noté, dans quelques observations,dès le début des accidents. Voici alors comment les choses se passent. Lorsque le malade se présente porteur de sa rétention,la tuméfaction abdominale se confond avec la vessie distendue ; mais,après le cathétérisme,la tumeur reste perceptible (Obs. II, III, VIII, IX, XI, XV, XVIII, XIX). Le plus habituellement,ce n'est qu'un certain temps après le début des accidents qu'apparaît la tuméfaction abdominale. On note quelquefois de l'engorgement ganglionnaire au niveau des aines (Obs.III, VII, VIII, IX, XI, XII, et XIX) et même au niveau de la fosse iliaque, mais c'est un point sans valeur, à notre avis.

Les douleurs,quand elles existent,ne se montrent jamais qu'avec les troubles urinaires ou dans la période avancée, car,au début, le développement de la tumeur est absolument indolore.

Les troubles de la défécation n'ont,chez les enfants,qu'une importance secondaire. Cependant la constipation est notée dans les observations III, IV,VII, XI, XII, XXII et XXIII. Quelquefois la diarrhée et l'incontinence sont notées dans les derniers moments.

D'autres phénomènes ont été signalés: un œdème généralisé dans l'Obs. II, et un œdème localisé aux bourses et au périnée dans l'Obs. XIII. On ne note jamais d'hématurie :

Le trépied des symptômes habituels, à savoir *rétention d'urine*, *tumeur prostatique* (souvent saillante au périnée et s'accompagnant de déformation urétrale), l'*évolution rapide*

nous permet de porter le diagnostic rétrospectif de sarcome de la prostate dans plusieurs cas du jeune âge où manque le diagnostic histologique. Comme nous avons pris soin de le spécifier au début, nous ne voulons pas faire état de ces observations pour établir le type clinique de sarcome,mais, une fois celui-ci établi, d'intéressants rapprochements s'imposent. C'est ainsi que le cas de Brée débute par de la rétention brusque chez un enfant de 9 mois. Langstaff décrit le cas d'un enfant de 8 ans qui éprouvait depuis longtemps de la gêne de la miction ; dans la suite apparut au périnée une tuméfaction prise pour un abcès. Un enfant de 3 ans, cité par Adams, présentait de la rétention complète d'urine. Il en est de même dans les cas de Bush, d'Owen, de Heurteaux.

Si la symptomatologie se trouve si souvent semblable à elle-même, il en est de même de la *marche de la maladie*, qui est toujours rapide après l'apparition des troubles urinaires. Il est constant, en effet, que des phénomènes d'infection se produisent au niveau de la vessie, déterminent à leur suite de la pyélo-néphrite, notée dans la plupart des cas, et hâtent d'autant la terminaison fatale. L'augmentation de volume de la tumeur peut également être prodigieusement rapide et il est des cas où on la voit, pour ainsi dire, de jour en jour pousser de nouveaux prolongements, spécialement chez les très jeunes sujets. Parfois des fragments s'éliminent par l'urètre et viennent ainsi le désobstruer momentanément.

La durée de la maladie, depuis le premier examen médical (contemporain, en général, de la rétention d'urine) jusqu'à l'issue fatale, est en général de moins d'un an. Dans les observations que nous avons recueillies, elle varie de 3 semaines (Rose) à 7 mois (Isambert et Oliva). Les complications rénales, comme nous l'avons vu, viennent encore précipiter le dénouement.

La marche de la température n'est pas toujours notée

dans les observations. En règle générale, la fièvre s'allume dans les derniers jours, mais elle est bien plutôt liée aux complications infectieuses qu'au néoplasme lui-même.

2° *Sarcome des gens âgés.* — 10 observations certaines). — Le sarcome des vieillards se présente sous un aspect très différent du sarcome des jeunes. Pour ne pas trop morceler la question, nous rangeons dans ce groupe tous les cas au-dessus de 30 ans, mais, en fait, c'est à partir de 50 ans que l'affection a ses caractères propres. En réalité, les cas de sarcome entre 30 et 50 sont si rares que cette manière de faire ne présente guère d'inconvénients. Chez les adultes, il est rare que la rétention se montre d'une manière imprévue. Comme le fait remarquer Albarran avec justesse : « Le sarcome évolue à peu près comme l'épithélio-me dont il emprunte les symptômes ». Mais il n'a pas la prédilection du carcinome pour les ganglions. Aussi ne voit-on pas l'envahissement précoce et étendu des ganglions du bassin qu'on note dans l'épithélioma.

Les signes du sarcome de l'adulte sont, en dehors de l'augmentation de volume de la glande, surtout négatifs. Nous avons vu que la rétention brusque du début est ici assez rare (3 cas sur 10). Il y a quelques phénomènes de dysurie rappelant l'hypertrophie de la prostate, mais le plus souvent moins marqués que dans cette affection. Le cathétérisme est rarement difficile et ne présente jamais ces obstacles insurmontables qui, chez les jeunes sujets, conduisent à la cystostomie.

De même, l'accroissement de la tumeur étant beaucoup moins considérable, elle ne vient que rarement saillir à l'hypogastre (Obs. XXV et XXXI) et rarement aussi au périnée (Obs. XXX). Elle est toujours perceptible au niveau du rectum et parfois même elle a pu déterminer à ce niveau de réels phénomènes de compression de la constipation opiniâtre et même de l'obstruction. Fenwick a été amené à créer un anus iliaque dans plusieurs cas de tumeurs

malignes de la prostate, mais il s'agissait plus vraisemblablement de carcinomes que de sarcomes. Chez un malade de Socin, âgé de 50 ans, les matières fécales présentaient une apparence rubannée et, au toucher rectal, « la tumeur obstruait si complètement la lumière de l'intestin que le doigt ne la franchissait qu'avec difficulté. » Le malade de Marsh présentait une occlusion assez marquée pour décider ce chirurgien à pratiquer un anus iliaque. Le malade de Spanton présentait également une forte compression rectale.

L'évolution du sarcome chez l'adulte est relativement lente, et, alors que, chez l'enfant, la tumeur est tout de suite au-delà des ressources que peut fournir l'exérèse chirurgicale, chez l'homme âgé, au contraire, l'ablation a donné quelques résultats appréciables quant à la durée de la survie. C'est un point sur lequel nous reviendrons.

VI. — Diagnostic.

Les conditions du diagnostic varient suivant l'âge. Audessous de trente ans, toute affection débutant brusquement par une crise de rétention, s'accompagnant d'une tumeur prostatique saillant rapidement au périnée et à l'hypogastre, ne tardant pas à entraîner la cachexie, ne peut guère être qu'un sarcome de la prostate. Dans certains cas, surtout chez les tout jeunes sujets, les phénomènes urinaires et la tumeur hypogastrique peuvent exister en cas de sarcome de la vessie, mais il faut avouer que les deux diagnostics sont bien près l'un de l'autre. Lorsque tous les signes sont réunis, il suffit de penser au diagnostic pour le poser, mais le plus fréquemment des erreurs sont commises au début : la tuméfaction périnéale est prise pour un abcès, la nature de la tumeur prostatique n'est pas élucidée, et ainsi de suite.

Chez l'adulte, le sarcome de la prostate est à distinguer d'avec l'hypertrophie et d'avec l'épithéliome. Le diagnostic

est souvent difficile. Avec l'hypertrophie, il y a surtout ce signe que la tumeur est *trop grosse* pour les phénomènes de dysurie qu'elle entraîne. Elle est moins régulière que l'hypertrophie, a une consistance plus ferme et fréquemment elle donne peu d'*allongement du canal.* La tumeur est souvent extra-urétrale et occasionne plus facilement des phénomènes de compression du rectum que la simple hypertrophie.

En revanche, elle est moins dure que l'épithélioma, ne s'accompagne pour ainsi dire pas d'hématurie et ne présente pas les prolongements caractéristiques de la carcinose prostatique décrite par Guyon.

Mais ce sont là des nuances, souvent bien difficiles à apprécier.

VII. — Traitement.

Les sarcomes de l'enfance sont tout de suite, de par leur volume et leur marche envahissante, au-dessus des ressources de la chirurgie. Un cas de Bayer (Obs. VIII), qui montre les immenses délabrements auxquels entraîne l'intervention, n'est guère fait pour encourager. Il s'agissait d'un enfant de trois ans et trois mois, chez lequel ce chirurgien enleva par voie sus-pubienne la vessie avec la tumeur, sectionna les canaux déférents et aboucha les uretères dans le rectum : la mort survint au bout de cinq jours.

Souvent l'extirpation complète est impossible. Graetzer, chez un adolescent de 14 ans 1/2, s'attaqua à la tumeur par voie périnéale ; bientôt, en présence d'une hémorragie redoutable, il fut contraint de s'arrêter. Au bout de vingt-huit jours le malade fut emporté du fait de la généralisation de son néoplasme.

Dans le jeune âge, la seule intervention qu'on puisse conseiller semble donc être une intervention palliative. La cystostomie sus-pubienne peut alors rendre des services, mais il faut s'abstenir de l'incision périnéale qui n'est

bonne qu'à favoriser l'infection et le sphacèle de la tumeur. il conviendra de même à l'avenir d'essayer l'usage de la radiothérapie dans ces cas.

Chez l'adulte,les choses se présentent d'une manière très différente. Le sarcome,à cet âge,est parmi les tumeurs malignes de la prostate celle dont l'ablation a donné jusqu'ici les moins mauvais résultats. Les cas de Socin-Burckhardt (survie de 5 ans 1 /2 dont 4 ans 1 /2 sans récidive), de Mac-Gowan (survie de 4 ans, mort de cancer du foie), de Fuller (survie de 11 mois après ablation de la tumeur et large résection de la vessie), le prouvent. Un cas de Verhoogen (survie de 9 mois ; mort causée vraisemblablement par un noyau de récidive sur place), opéré alors que la tumeur adhérait déjà aux muscles releveurs de l'anus, permet d'espérer mieux d'une opération plus précoce.

Mais c'est là une opération grave et difficile. L'exemple de Spanton, qui fut obligé de laisser son intervention inachevée et qui perdit son malade d'hémorrhagie, nous instruit de ses dangers. Aujourd'hui néanmoins, le perfectionnement technique de la chirurgie prostatique améliorerait sans doute le pronostic opératoire.

Quelle méthode préférer pour l'exérèse ? Fuller est intervenu par la voie sus-pubienne, Socin par la voie para-sacrée, Verhoogen par la voie périnéale. Nous croyons que, dans les tumeurs de volume encore peu considérable, la prostatectomie périnéale large, telle que Young l'a réglée pour le cancer, est très recommandable. Pour les tumeurs très volumineuses ou saillantes dans la vessie, nos préférences iraient à la voie transvésicale.

OBSERVATIONS

—

1° CAS CERTAINS

Observation 1 (1).

E. Rose. *Zwei Fälle von Prostatatumorem bei Kinder.* (*Communication à la* « Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins » 119e *séance*, 11 *Nov.* 1901.) — 5 *mois.— Rétention complète. Cathétérisme impossible. Cystostomie. Développement rapide de la tumeur prostatique. Compression du rectum. Mort. — Sarcome à petites cellules. Consistance molle. — Maladie* : 22 *jours.*

W. Zimmerling, né le 29 septembre 1898 à Berlin, a été amené à l'hôpital Béthanien le 7 avril 1899 (n° 365 du journal des entrées) pour une rétention complète d'urine avec impossibilité complète du cathétérisme. Pour sauver la vie de l'enfant, j'ouvris le 10 avril, la vessie au-dessus du pubis, sur la ligne blanche, et je suturai les lèvres de l'incision vésicale aux lèvres de la plaie cutanée. Les suites opératoires furent des plus simples ; malheureusement le sarcome mou de la prostate continua à s'accroître. Le néoplasme, du volume d'un œuf, comprimait le rectum au point qu'on ne pouvait plus y introduire le doigt, et, à la fin, la paroi postérieure de la vessie fut refoulée à travers la plaie abdominale.

L'enfant mourut le 29 avril. De quoi ? Certainement pas de péritonite dont il n'y eut aucun symptôme pendant la vie et dont on ne trouva pas trace à l'*autopsie* : la cavité abdominale ne contenait aucun exsudat et les anses intestinales étaient pâles, lisses et brillantes. Par contre, les uretères étaient passablement dilatés, ainsi du reste qu'on devait s'y attendre à la suite d'une rétention d'aussi longue durée ; il existait également une légère hydronéphrose. D'autre part, il y avait un peu de bronchite et d'œdème cérébral.

La tumeur était un sarcome à petites cellules, ainsi que l'*examen microscopique* l'a démontré.

Peut être, en raison de la délimitation bien nette du néoplasme, une intervention plus précoce eût-elle été suivie d'un meilleur résultat.

Observation 2.

Socin (A). *Die Krankeiten der Prostata.* (Handbuch der Chirurgie de Pitha et Billroth, *Stuttgart*, 1871-1875, *t. III*, *p.* 106-107) *et* Socin et Burckhardt. *Die Verletzungen und Krankeiten der Prostata.* (*Un*

(1) Le manuscrit de cette communication nous a été obligeamment envoyé par l'auteur, et l'observation ci-dessous en a été extraite intégralement).

vol. de la Deutsche Chirurgie DE VON BERGMANN ET BRUNS. *Stuttgard,* 1902, p. 389, 390). — 8 *mois.* — *Rétention d'urine. Mictions par regorgement. Tumeur remontant à l'ombilic. Mort.* — *Sarcome globocellulaire. Consistance molle.* — *Maladie* : 15 *semaines.*

La pièce,provenant d'un enfant de 8 mois, représente une tumeur prostatique du volume d'une tête d'enfant qui s'est développée entre la vessie et le rectum et remplit tout le bassin. Elle n'occupe pas tout à fait le centre de celui-ci, mais s'est développée principalement à gau-

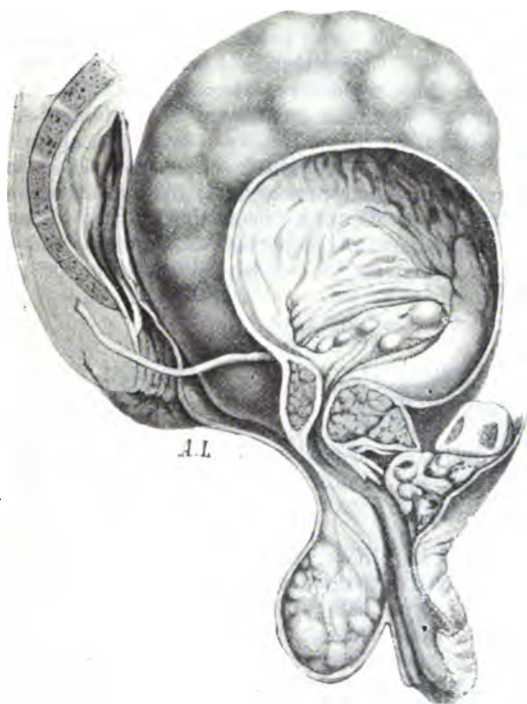


FIG. 10.— SARCOME DE LA PROSTATE provenant d'un enfant de 8 mois (collection de Berne) [SOCIN]. Coupe frontale de la vessie ; la symphyse pubienne est refoulée à gauche pour faire voir la portion initiale de l'urètre qui se coude à droite.

che, refoulant fortement à droite la portion originelle de l'urètre (fig. 10) ; à 1 cent. 1/2 plus loin, celui-ci se coude à angle droit vers la gauche, pour reprendre sous la symphyse sa direction normale. La tumeur a envahi également le lobe antérieur.

A la coupe,le tissu de la tumeur a une apparence gélatineuse et ren-

ferme quelques petites cavités kystiques à parois irrégulières et à contenu généralement fortement teinté de sang. Sa consistance est molle, sa conformation grossièrement lobulée dans la partie supérieure, grossièrement lobulée et fasciculée dans sa partie inférieure, les faisceaux se dirigeant de bas en haut. La paroi postérieure de la vessie présente des bosselures irrégulières jusqu'au-dessus des orifices urétéraux ; sa cavité est fortement dilatée.

L'*examen histologique*, fait par le prof. Langhans, montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes (1).

Le prof. Kocher, dans le service duquel se trouvait l'enfant, a donné les renseignements suivants, sur la marche clinique de la maladie :

L'enfant, âgé de 8 mois, avait présenté, 15 semaines auparavant, à la suite d'une scarlatine, une rétention d'urine qui avait duré 9 jours et s'était accompagnée d'œdème généralisée; puis, en très peu de temps, on avait vu survenir un gonflement de l'abdomen. A partir de ce moment, les mictions furent fréquentes et peu abondantes ; l'enfant était très amaigri. A l'examen, on sentait, au travers de la paroi abdominale très amincie, une tumeur molle, fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic ; la vessie était sentie au devant de cette tumeur. La sonde ne pénétrait que dans la portion droite de la tumeur. L'enfant succomba à de la cystite et à de la pyélonéphrite.

Observation 3.

Tordeus. *Tumeur abdominale (sarcome de la prostate) chez un enfant de* 9 *mois.* (Journal de méd., de chirurgie et de pharmacologie. *Bruxelles,* 1890. *Vol. XC. p.* 405-412). — 8 *mois. — Tumeur abdominale volumineuse, indolore. Troubles tardifs de la miction et de la défécation Mort. — Sarcome fuso-cellulaire avec dégénérescence myxomateuse. — Maladie* : 18 *jours.*

Eugène D.., âgé de 8 mois, est amené à la consultation pour une tumeur volumineuse siégeant dans la cavité abdominale. C'est en l'habillant qu'un jour sa mère fut frappée du développement du ventre, et, en le palpant, elle remarqua une tumeur dure située dans la partie inférieure et indolente à la pression. Il lui sembla ensuite que la tumeur allait se développant tous les jours davantage ; il n'existait pas de fièvre ; l'appétit était bon, les digestions faciles, les selles normales, les urines étaient claires et la miction se faisait sans difficulté et sans douleur.

Plus tard seulement l'enfant, tout en conservant un certain degré d'embonpoint, commença à perdre ses couleurs ; les selles devinrent plus dures et plus rares ; l'émission des urines s'accompagna de gémissements et de cris, elles ont toujours conservé leur coloration normale.

A son entrée dans le service, le 2 février 1890, on constate l'état

(1) Voir l'examen histologique détaillé, p.   .

suivant : Taille normale, pâleur, amaigrissement, pas de rachitisme, pas trace d'œdème. En explorant le ventre, on constate, au niveau de la région ombilicale, une tumeur dure, lisse, globuleuse, du volume d'une tête d'enfant, indolore, susceptible de déplacement, donnant à la main qui la comprime la sensation de neige froissée, et dont la portion inférieure semble s'enfoncer en bas et à gauche. Le reste de l'abdomen est sonore et souple ; les ganglions inguinaux se sont pas augmentés de volume.

Le foie et la rate n'offrent rien de particulier. L'appétit est bon ; les urines, émises sans douleur, au dire de la garde, ne présentent pas de modification appréciable.

Le diagnostic fut très indécis, et après avoir écarté celui de tumeur de la rate, du foie ou des reins, celui de tumeur maligne des ganglions du bassin, comme Henoch en a rapporté un exemple, fut retenu. On ne songea pas au sarcome de la prostate.On essaya de divers agents thérapeutiques, mais,comme il fallait s'y attendre, ceux-ci n'amenèrent aucun résultat satisfaisant dans l'état du malade. Il continua à maigrir et à pâlir ; la fièvre,assez intense, fit son apparition, la diarrhée alterna avec la constipation, et la remplaça bientôt. Une bronchit survint qui dégénéra rapidement en broncho-pneumonie et ce fut cette complication qui amena la mort, le 20 février.

L'*autopsie* fut pratiquée le 20 février ; on trouva dans la cavité abdominale une tumeur de la forme et du volume d'une tête d'enfant, à surface lisse, légèrement ondulée et de couleur marbrée de blanc et de rouge vineux, de consistance assez ferme, avec fausse fluctuation en un point seulement. Poids : 1.370 gr. Elle s'élève de l'excavation pelvienne, qu'elle remplit, refoulant la vessie en avant, le rectum en arrière, et les uretères sur les côtés ; elle remonte dans l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic et occupe presque toute la moitié inférieure du ventre, principalement le côté gauche. Il n'existe aucune adhérence péritonéale.

Par la dissection, on reconnaît que le néoplasme correspond à la glande prostatique et particulièrement à son lobe gauche ; le lobe droit, du volume d'un œuf de poule,est également atteint de dégénérescence.

Une sonde introduite dans l'urètre arrive jusqu'au col de la vessie, mais n'y pénètre qu'après avoir basculé perpendiculairement,à cause de la déviation brusque de ce conduit à ce niveau. Les uretères sont dilatés et distendus par de l'urine claire ; les bassinets également. Le rectum, refoulé à gauche, paraît avoir conservé néanmoins toute sa perméabilité.

Sur une section,la tumeur présente un aspect non uniforme, blanchâtre en certains points, rouge foncé en d'autres. On y observe partout de nombreux vaisseaux et, vers le centre de la tumeur, un foyer hémorragique en voie de régression, du volume d'un petit œuf de poule. Dans le voisinage de cet infarctus,le tissu est très injecté et enflammé, friable. Partout ailleurs,la consistance est ferme, comme s'il s'agissait de tissu lardacé. En quelques points néanmoins, le tissu est mou et

comme gélatineux; ce caractère s'observe dans toute l'étendue du lobe droit de la prostate. Le raclage ne donne qu'un peu de sérosité rougeâtre, mais pas de suc proprement dit.

Examen microscopique : Le tissu de la tumeur est formé presque exclusivement par des cellules fusiformes, disposées en séries allongées donnant l'aspect de traînées fibreuses. Les vaisseaux, très abondants et de gros calibre, ne présentent pas de membrane propre appréciable; leurs contours sont délimités par des éléments néoplasiques.

En certains points, les coupes microscopiques offrent une disposition réticulée ; les cellules, étoilées et anastomosées entre elles, circonscrivent les lacunes à contenu clair, homogène, visqueux. Ces parties, en voie de dégénérescence, correspondent aux régions de la tumeur, qui paraissent fluctuantes. A la surface de la néoplasie, il existe une zone fibreuse d'environ 1 cent d'épaisseur.

Il existait donc, chez ce malade, un sarcome fibro-cellulaire de la prostate transformé par places en myxo-sarcome.

Observation 4.

Kaufmann *in* Socin et Burckhardt (loc. cit., *p.* 396-402). — 9 *mois. — Mictions douloureuses. Distension de la vessie. Cathétérisme difficile. Mort. — Rhabdomyome malin. Consistance ferme. Pas de saillie dans la vessie. — Maladie* : 7 *semaines.*

L..., garçon de 9 mois, entre le 5 mai 1900 à l'Hôpital des Enfants de Bâle, est né de parents sains. Depuis 6 semaines, cet enfant poussait des cris chaque fois qu'il urinait, et depuis 2 semaines son ventre était ballonné. Ce ne fut que 15 jours avant sa mort qu'il fut sondé pour la première fois, en raison de la distension de la vessie qui atteignait presque le niveau de l'ombilic. On fit l'opération du phimosis, mais sans résultat. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés qu'on attribua à un spasme du sphincter vésical. Le jour qui précéda son entrée, on put évacuer 300 gr. d'urine claire, mais la rétention persista.

L'enfant est en bon état de nutrition et a l'aspect bien portant. Le cathétérisme, difficile, est pratiqué 2 fois par jour, et donne les premiers jours une urine claire; mais, à partir du 7 mai, elles se troublent, et deviennent purulentes. Température : 38°7. Les 8 et 9 mai, le malade a des mictions spontanées. Le 10 mai, météorisme considérable ; évacuation par une sonde rectale de gaz et de matières; lavage de l'estomac. Le malade en est soulagé; mais, le 11 mai, le météorisme se reproduit; lavage intestinal. L'enfant est très affaissé ; il est pris de contractures qui se répètent fréquemment, et meurt le lendemain, 12 mai.

A l'*autopsie*, faite le 14 mai (n° 235 du registre 1900), je trouvai une vessie distendue, rénitente, presque globuleuse. Le rectum est comprimé, aplati d'avant en arrière, mais il ne présente aucune adhérence, ses parois ne sont nullement altérées. La vessie est nettement séparée en bas, par un sillon, d'une tumeur arrondie qui embrasse toute la

région prostatique. Cette tumeur est, dans son ensemble, de consistance ferme, élastique, mais elle présente des points mous, pseudo-fluctuants. Sur une coupe fraîche, le tissu néoplasique apparaît gris pâle ou blanchâtre, tantôt ferme et strié, tantôt plus mou et plus homogène, médullaire ; toutefois les parties striées prédominent. Sur une coupe perpendiculaire, on voit les couches superficielles se différencier, par leur disposition plus concentrique, d'une sorte de noyau central. La surface externe, qui se laisse facilement décoller du rectum est essentiellement lisse, comme recouverte d'un fascia, et bien délimitée.

L'uretère gauche est dilaté, sa paroi amincie, il est sinueux, difficile à cathétériser, car il présente un fort rétrécissement à son point d'entrée dans la paroi vésicale.

L'uretère droit est également sinueux, transparent, de calibre irrégulier, atteignant par endroit le volume d'un crayon. Les testicules sont normaux, ainsi que les canaux déférents et les vésicules séminales.

Sur une coupe sagittale, on voit la texture serrée de la tumeur dans laquelle quelques travées saillantes délimitent d'une façon assez vague des espaces arrondis. Les couches externes sont disposées d'une façon plus concentrique; les internes affectent une forme plus sphérique, forment une sorte de noyau à la tumeur. Cependant noyau et couches concentriques ne sont pas nettement séparés, au contraire ils sont intimement fusionnés entre eux. La paroi vésicale est épaissie, hypertrophique, trabéculaire. Le bas-fond vésical est uni, de même que sa muqueuse ; partout ailleurs, elle est finement plissée. La masse néoplasique ne fait pas de saillie dans l'intérieur de la vessie. Les orifices urétéraux sont distincts de 2 cm. l'un de l'autre et non symétriquement placés. L'urètre, qui est rétréci d'arrière en avant, ne contient aucune masse néoplasique. Nulle part il n'existe d'hypertrophie ganglionnaire.

A noter encore hydronéphrose à droite, et pyélonéphrite très marquée à gauche.

L'*examen microscopique* a donné les résultats suivants : L'impression dominante, à un faible grossissement, est qu'on se trouve en présence d'un sarcome fuso-cellulaire avec, çà et là, la disposition nettement fasciculée des masses cellulaires, dont les traînées vont s'étalant avec une largeur variable. D'autres points plus clairs ont un aspect myxomateux, avec des prolongements cellulaires anastomosés entre eux et entre lesquels on aperçoit d'assez nombreux vaisseaux dont quelques-uns sont très gros. Souvent les cellules fusiformes sont amoncelées autour des vaisseaux. Le volume de ces cellules et de leurs noyaux est très variable ; en maints endroits, ces cellules se terminent à angle court, ont un noyau épais, court ou ovale allongé, sont serrées les unes contre les autres et ressemblent, sur une coupe des faisceaux formés par elles, à des cellules rondes. En d'autres endroits, elles sont plus allongées et accolées d'une façon plus lâche. Particulièrement sur le bord des coupes il n'est pas rare de voir les faisceaux de cellules fusiformes se dissocier en masses fibrillaires allongées.

Il est facile de suivre la transition entre les cellules fusiformes parallèlement accolées et les formations myxomateuses ; en ces points,on voit apparaître de fins prolongements qui forment souvent avec les cellules voisines un réticulum. Enfin,en d'autres points des préparations, on voit des cellules rondes situées le plus souvent au milieu du réticulum ou entre de fins faisceaux ; déjà à un faible grossissement on est frappé par une dissemblance notable de volume entre ces cellules.

La zone externe de la tumeur est formée de tissu fibreux, disposé en zones concentriques et qui contient des nerfs et des vaisseaux à parois relativement épaisses.

Dans ces couches fibreuses, le tissu néoplasique ressort avec des contours arrondis et ses limites sont effacées.. Nulle part on ne trouve de portions glandulaires de la prostate (1).

Observation 5.

Kaufmann (loc. cit., *p.* 390). — 1 *an* 1 /2. — *Rétention complète subite. Mort. — Sarcome globo-cellulaire avec dégénérescence myxomateuse et graisseuse. — Maladie* : 11 *jours.*

Il s'agissait d'un garçon âgé de 1 an 1 /2, porteur d'une tumeur du volume d'une pomme, et qui fut cataloguée comme un sarcome globo-cellulaire myxomateux, ayant fortement subi la dégénérescence graisseuse et qui avait une consistance tellement molle qu'elle en était fluctuante. Ce n'est que 11 jours avant la mort que le petit malade fut pris subitement de rétention complète d'urine. L'enfant mourut d'une scarlatine.

Observation 6.

Birsch-Hirschfeld. (Lehrbuch der patholog. Anatomie. *Leipzig*, 1895, *II*, 2, p. 1008.) — 2 *ans. — Tumeur à développement rapide. Mort. — Adéno-sarcome.*

« Parmi les tumeurs de la prostate, le sarcome à structure de lymphosarcome est l'exception.Une tumeur à augmentation rapide, qui se présentait comme une combinaison d'adénome et de sarcome, fut examinée par l'auteur ; la tumeur provenait du cadavre d'un enfant de 2 ans. »

Observation 7 (2).

E. Rose (loc. cit.) — 2 *ans* 1 /2. — *Tumeur abdominale. Mictions goutte à goutte par regorgement. Cathétérisme difficile. Adénite inguinale.*

(1) Il faut rapprocher cette observation de rhabdomyome malin des observations 9 et 23. Ces trois observations montrent trois stades différents de l'évolution de cette tumeur.

(2) (Observation due à l'obligeance de l'auteur, qui a bien voulu nous la communiquer *in extenso*).

Cystostomie. Mort. — Sarcome à petites cellules rondes. — Maladie : 3 *semaines.*

Richard G..., né le 21 septembre 1897 à Krantz, est entré le 9 juillet 1900 à l'hôpital Bethanien pour une rétention d'urine paradoxale.

C'était un enfant en état de nutrition satisfaisant et, pour le reste, bien portant, sans exanthème, œdème, hernie ; facies de coloration rouge brunâtre, respirant la santé. Température vespérale 37°9, pouls passablement fort, poumons et cœur n'offrant rien de particulier, intelligence nette, appétit médiocre, constipation.

Lorsque l'enfant poussait, on constatait une diastasis très marquée des muscles droits de l'abdomen. La matité vésicale s'étendait presque jusqu'à l'ombilic et ne diminuait à aucun moment, bien que l'urine s'écoulât continuellement goutte à goutte par le méat urinaire. Dans les deux aines on constatait la présence de paquets ganglionnaires passablement gros. La verge présentait une induration générale et était légèrement en érection. Le prépuce, par suite probablement d'une incision qui avait fendu sa face dorsale, pendait de chaque côté sous forme de petits lambeaux ovales de consistance ferme, recouverts de toutes parts de peau et de muqueuse, et qui, en raison d'une sorte d'hypertrophie éléphantiasique qu'ils avaient subie, atteignaient le volume d'une cerise.

De l'urètre s'écoulait, par la pression et, aussi, spontanément, un suintement purulent qui ne contenait pas de gonocoques.

L'urine était très trouble, d'odeur ammoniacale, de réaction alcaline, et contenait de l'albumine ; au microscope elle renfermait des débris épithéliaux, des leucocytes et de grandes quantités d'urates.

Dans ces conditions, je fus amené à examiner l'enfant le lendemain matin, sous anesthésie. En employant une sonde en argent assez forte, je découvris un premier rétrécissement en arrière du gland, puis un deuxième à quelques centimètres plus loin, tous deux assez faciles à franchir, enfin un troisième immédiatement en avant de la vessie qui fut également, après quelques tâtonnements, aisément franchi. Aussitôt, il s'écoula de l'urine trouble sous faible pression.

La cavité vésicale était très vaste, on n'y découvrit pas de calcul, mais, par contre, par le toucher rectal combiné, on put sentir une prostate légèrement hypertrophiée.

A la suite de ce cathétérisme, l'enfant refit de la rétention d'urine jusque dans l'après-midi, puis il fut pris d'agitation, de fièvre (38°4) et il urina spontanément.

De l'interrogatoire des parents il résultait que l'enfant était né normalement et ne semblait présenter aucune tare héréditaire, qu'il souffrait seulement d'un phimosis et ne pouvait uriner que difficilement, et qu'à part cela il s'était toujours bien développé. Il y a 6 mois, il avait été conduit à Grausse où on l'avait opéré à plusieurs reprises. Je fis donc écrire à Grausse pour avoir des renseignements à son sujet.

Entre temps, cependant, la rétention d'urine s'était reproduite et avait nécessité, le 12 juillet, un nouveau cathétérisme. Profitant de la

narcose sous laquelle on dut opérer, je fis l'excision d'une petite portion du prépuce éléphantiasique ; l'examen microscopique de ce fragment le montre formé de tissu conjonctif lâche, infiltré de sérosité, mais renfermant de nombreux amas de cellules rondes. Je fis en conséquence placer le pénis en situation verticale élevée ; quant à la cystite, elle fut traitée par l'administration d'acide phosporique à l'intérieur et par des lavages à l'acide borique qu'on pratiquait chaque fois qu'il était nécessaire de sonder le petit malade. Cette thérapeutique fut suivie au moins de la chute de la fièvre qui atteignait, surtout le soir, jusqu'à 38° et 39°4.

Le 26 juillet, l'adénite gauche ayant suppuré, je fis de ce côté une incision inguinale qui me servit à procéder à un curettage.

A cette époque, je reçus des nouvelles du médecin qui avait soigné l'enfant à l'hôpital de Grausse. On l'avait, écrivait-il, opéré d'un phimosis ; mais, en outre, il offrait des rétrécissements de l'urètre tellement serrés qu'on ne pouvait qu'avec peine les franchir avec un petit stylet explorateur. Il existait surtout deux rétrécissements très accentués, l'un immédiatement en arrière de la fosse naviculaire, l'autre à 1 ou 2 centimètres plus loin. Ces derniers furent incisés et dilatés à l'aide de bougies. La suppuration uréthrale existait déjà le jour de l'admission de l'enfant à l'hôpital. Au moment de la sortie on pouvait déjà passer une bougie n° 16.

Dans les semaines qui suivirent, le petit malade resta absolument afébrile et son état général s'améliora d'une façon très notable, grâce à des bains et à des lavages vésicaux journaliers. Malgré tout cependant, le début et la fin des mictions donnaient une urine très trouble et contenant des lambeaux de tissus. Parfois les mictions se faisaient spontanément, mais on n'en pratiquait pas moins deux fois par jour le lavage de la vessie. Brusquement, le 17 août, l'enfant fut pris d'une nouvelle crise de rétention s'accompagnant d'une élévation de température atteignant 39°5; en même temps la verge, toujours fortement infiltrée, prenait une légère coloration rosée. L'enfant évacua ensuite spontanément 200 cc. d'urine trouble.

Je fis donc à nouveau, le 18 août, anesthésier le petit malade à l'éther et, comme il était absolument impossible d'effectuer avec la sonde la traversée de l'urètre prostatique, je procédai séance tenante à une urétrotomie externe.

Par l'incision périnéale de l'urètre on ne parvint qu'après plusieurs tentatives à introduire un petit stylet métallique dans la vessie, tellement la prostate était hypertrophiée. Néanmoins, malgré toutes mes tentatives, je ne parvins pas à glisser à côté du stylet un cathéter si petit fût-il ; même échec en cherchant à passer la sonde après suppression du stylet. Je me décidai donc à recourir aussitôt à la cystostomie.

Je fis une incision sur la ligne blanche allant de la symphyse pubienne jusqu'à mi-chemin de l'ombilic ; j'incisai la paroi couche par couche, refoulai le péritoine par en haut, fixai la paroi vésicale, manifestement épaissie, avec deux pinces à griffes, incisai la vessie entre les deux pinces et enfin suturai fortement, à l'aide de 4 points à la soie

les 2 lèvres de la plaie vésicale aux lèvres de la plaie abdominale. J'introduisis dans la cavité vésicale un drain que je fixai par un point à la paroi abdominale. Celle-ci fut finalement réunie dans sa partie supérieure par deux points de suture.

On avait usé pour toute l'opération 37 grammes seulement d'éther (administré avec l'appareil de Junker).

A la suite de cette intervention, le pouls fut assez fréquent et le petit malade eut de la fièvre, au moins tous les soirs, jusqu'au 24 août (le pouls atteignit jusqu'à 176 et la température jusqu'à 38°8). Puis la fièvre tomba et l'enfant se releva peu à peu. Malheureusement le drain était déjà tombé spontanément — le fil qui le fixait ayant coupé les tissus — le 20 août. L'urine s'écoulaitbien, malgré que la vessie se fût très rétractée, mais elle stagnait cependant au fond de l'entonnoir suspubien, macérant les granulations qui se formaient dans la plaie et provoquant un érythème de toute la peau avoisinante.

Tout cela finit par s'arranger à partir du 26 août, moment où j'ordonnai des grands bains permanents durant toute la journée, tandis que pendant la nuit on saupoudrait la plaie d'iodoforme. Bien que l'urine restât chargée de flocons et de lambeaux,les granulations reprirent leur vitalité, et l'érythème cutané disparut.

La même amélioration se manifesta du côté de la plaie périnéale, et, à dater du 24 août, l'enfant ne présenta plus de fièvre.

Malheureusement,la nutrition du malade devenait de plus en plus mauvaise ; l'appétit faisait complètement défaut. Dans la soirée du 3 septembre, la température tomba un moment à 37°5,et dans la journée du 4 septembre, la mort survint après que l'enfant eut vomi à deux reprises.

A l'*autopsie*, on put constater à quel degré d'amaigrissement en était arrivé cet enfant. Le cœur était pâle, le ventricule gauche légèrement dilaté, les valvules normales, les plèvres, poumons, cerveau, rate, foie et tube digestif ne présentaient rien d'anormal ; la cavité abdominale n'offrait pas la moindre trace de péritonite. L'orifice suspubien de la vessie avait environ un centimètre carré de surface, s'était fortement rétracté vers la profondeur et était entouré de tissus friables, nécrotiques, ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi abdominale et constitué par du tissu néoplasique en voie de désagrégation. En détachant en masse l'appareil urinaire du périnée, le bistouri ouvrit, à gauche de la prostate, un foyer purulent.

L'examen des différentes portions de l'appareil urinaire montra que les reins et les bassinets étaient en apparence sains. Les deux uretères sont fortement dilatés. La vessie est petite, mesurant seulement 5 centimètres de diamètre ; sa paroi est compacte, dure, avec une musculature énormément épaissie et une muqueuse hypertrophiée, tomenteuse. La prostate, du volume d'une grosse cerise, se continue,sans démarcation tranchée, avec les tissus voisins ; elle est de consistance assez ferme et présente à la coupe un aspect gris, homogène. Dans la portion de l'urètre située juste en avant de la prostate, on remarque une

fausse route qui aboutit en cul-de-sac en avant de la prostate. Les ganglions iliaques sont hypertrophiés et durs.

L'*examen microscopique* des pièces donna le résultat suivant :

Du côté de la vessie, hypertrophie très marquée de la musculature, hypertrophie également de la muqueuse avec destruction de la plus grande partie de son épithélium, nombreux foyers de petites cellules rondes ;

Du côté des ganglions iliaques, nombreuses cellules rondes, de petites dimensions, à noyaux fortement colorés, disposés le long des travées intraganglionnaires.

Du côté de la prostate enfin, l'examen microscopique d'une parcelle de tissu excisée au voisinage de la surface de la glande montre surtout du tissu conjonctif à différents stades de développement, avec nombreux amas de petites cellules rondes et très nombreux vaisseaux à parois épaissies, quelques rares faisceaux musculaires et pas trace de glande prostatique.

OBSERVATION 8.

SCHALECK (A.) *Ueber einen Fall von primären Sarkom der Prostata bei einem* 3 1/4 *jährigen Knaben* (Prager medizinische Wochenschrift, *t. XXIV*, 1899, *p.* 547-553.) — 3 *ans* 1/4. *Rétention complète. Tumeur abdominale. Large extirpation sus-pubienne. Implantation des uretères dans le rectum. Mort le* 5e *jour.— Sarcome polymorphe.— Maladie* : 2 *mois.*

Il s'agit d'un enfant de 3 ans 1/4, qui entra le 1er janvier 1899 à la Clinique de l'hôpital « Empereur François-Joseph », dans le service du professeur Bayer. Six semaines avant son entrée, on avait constaté une augmentation de volume du bas-ventre, qui fut accompagnée de violentes douleurs et de rétention d'urine, avec cathétérisme impossible. Deux jours après, apparition d'une incontinence d'urine qui existait encore à son entrée à l'hôpital. Amaigrissement progressif.

A son entrée, l'enfant présentait les symptômes d'une anémie généralisée, une tuméfaction des ganglions cervicaux de la grosseur d'un pois, et des signes cardio-pulmonaires. L'abdomen était en forme d'obus, ne présentant pas de circulation collatérale. A la palpation, on sentait une résistance plus grande s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre, et de la symphyse à l'ombilic. Les organes génitaux étaient normaux. Incontinence continuelle d'urine. Au cathétérisme, on éprouvait une forte résistance au col vésical, difficile à vaincre ; il était impossible de faire mouvoir la sonde. Après avoir retiré 900 c. c. d'urine, la circonférence de l'abdomen tomba de 60 à 56 c. Mais la résistance à la palpation, qui avait diminué à la partie supérieure de la tumeur, restait la même à la partie inférieure. On avait la sensation que la partie inférieure de la vessie était comme emprisonnée, à sa face postérieure, par une masse haute d'environ 3 travers de doigt, rugueuse, incluse dans le bassin. Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés ; les

urines, acides, étaient claires. Par le toucher rectal, douloureux, on sentait une grosse tumeur de la paroi vésicale postérieure, contre la paroi rectale antérieure.

Opération par le prof. Bayer, le 7 janvier. Incision cruciale de l'abdomen.

La vessie apparaît coiffée du péritoine qui est écarté ; on tombe, derrière la vessie, sur une tumeur grosse comme les deux poings, que l'on considère comme myome ou sarcome. Cette tumeur adhérait en partie à la vessie, dont elle enserrait le col. Les uretères furent disséqués et isolés, puis abouchés à la fin de l'opération dans le rectum. Les canaux déférents furent liés et sectionnés. La tumeur fut bien disséquée et extirpée en masse avec la vessie. Il se fit une petite déchirure au péritoine, immédiatement suturée.

Le malade se trouva d'abord bien après l'opération, les urines s'écoulant par le rectum avec les matières. Mais bientôt la fièvre apparut, le malade perdit rapidement ses forces et mourut le 12 janvier, 5 jours après l'opération.

A l'autopsie, on put constater que l'insertion de l'uretère gauche dans le rectum avait lâché. On constata également une nécrose circonscrite du péritoine pelvien avec phlegmon rétropérinéal et péritonite purulente diffuse. Bronchite catarrhale et pneumonie lobulaire.

Examen microscopique de la tumeur extirpée : Tumeur ovoïde, grosse comme le poing, enveloppant l'urètre prostatique, n'ayant pas pénétré dans la vessie ou dans l'urètre. A la coupe, aspect blanchâtre, avec quelques places brûnatres, hémorragiques ; consistance molle.

Microscopiquement, il s'agit d'un sarcome à cellules polymorphes, avec, par places, quelques cellules muqueuses, et des foyers hémorragiques. On retrouvait aussi des traces de la structure glandulaire de la prostate.

Observation 9.

Kaufmann (loc. cit., *p.* 403-405). — 4 *ans*. — *Douleurs urétrales. Rétention complète. Cathétérisme difficile. Tumeur jusqu'à l'ombilic. Adénite inguinale. Mort.* — *Rhabdomyome malin.* — *Maladie* : 5 *mois*.

L'enfant Bl..., âgé de 4 ans, entra à l'hôpital de Bâle le 7 juin 1896 se plaignant de douleurs dans l'urètre, s'accentuant tous les jours. Bientôt apparut de la rétention d'urine nécessitant le cathétérisme plusieurs fois par jour. On constate ainsi la présence d'un obstacle dans l'urètre postérieur. L'état général est bon. La vessie est distendue jusqu'à l'ombilic, rénitente, sensible à la pression. La miction est très difficile. La verge est légèrement tuméfiée, il s'écoule quelques gouttes de pus de l'urètre par la pression. Par le toucher rectal, on sent une tumeur faisant saillir la paroi antérieure du rectum, de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, dure et élastique, sensible à la pression ; la muqueuse rectale est unie et se laisse difficilement mobiliser.

Les mictions redevenant spontanées, l'enfant sort de l'hôpital, mais

pour y rentrer 3 semaines plus tard. Il est pâle et amaigri, l'urine est purulente et sanguinolente. La prostate,plus développée à gauche, remplit presque complètement l'excavation sacrée. Les ganglions inguinaux sont envahis. La fièvre apparaît. On fait des lavages au nitrate qui améliorent l'état des urines, et la fièvre. Les mictions redeviennent spontanées, mais avec résidu. Un mois après,la tumeur remplit le petit bassin. Le cathétérisme devient plus difficile. La cachexie s'accentue, avec diarrhée profuse, et vomissements. L'enfant meurt le 7 novembre. Deux jours avant sa mort, on avait constaté une augmentation de volume de la tumeur du côté de l'abdomen et du périnée.

Le diagnostic clinique porté fut celui de tumeur maligne de la vessie (probablement sarcome).

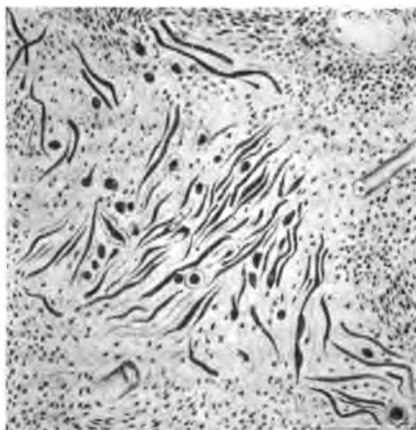


Fig. 11. — Rhabdomyome malin de la prostate provenant d'un enfant de 4 ans. Un point de la tumeur grossi 90 fois. (Socin et Burckhardt, fig. 127). — Cette partie de la coupe montre un entremêlement désordonné de fibres et de cellules, qui apparaissent si lâchement logées dans un tissu conjonctif finement fibrillaire qu'elles semblent isolées comme dans une préparation de dissociation.

A l'autopsie, on trouve dans la région prostatique, une tumeur du volume des deux poings, dans laquelle se confondent prostate,vésicules séminales et ampoules des canaux déférents. Elle fait corps avec la vessie. Elle est mobile dans le petit bassin qu'elle remplit presqu'en entier, et fluctuante seulement à son sommet. Dans la cavité vésicale la tumeur fait des saillies, du volume d'une noisette, irrégulièrement lobulées et de surface lisse. Ces saillies entourent le col vésical et sont en partie jaunâtres, transparentes, molles, en partie blanchâtres et plus fermes. L'embouchure de l'uretère droit est transformée par des masses néoplasiques en une sorte de fente étroite à lèvres épaisses; en arrière, l'uretère est fortement dilaté. A gauche, l'orifice urétéral n'est pas

modifié, mais l'uretère est également dilaté. Dans la paroi antérieure de l'urètre prostatique, il y a une fausse route qui s'enfonce de 2 cent. dans l'épaisseur de la tumeur.

La surface de coupe de la masse néoplasique principale est assez régulièrement lisse, et n'est parcourue que par quelques bandes fibreuses qui délimitent de très vagues espaces. En certains points seulement rares, on peut constater une texture grossièrement fasciculée, mais peu apparente. Le tissu néoplasique est en partie jaunâtre, gélatineux, en partie gris rosé vitreux, marbré de blanc.

Il existait de la cystite purulente et une double pyélonéphrite; à noter, en outre, une dégénérescence amyloïde de la rate, du foie et de la muqueuse gastrique.

Examen histologique : la constitution histologique de la tumeur n'est pas identique en tous ses points. C'est ainsi qu'en certains endroits, on voit prédominer des agglomérations considérables de cellules fusiformes, grêles et pas très longues, formant des faisceaux et ayant tout à fait l'aspect des petites cellules fusiformes des sarcomes (fig. 11). Ailleurs, ce sont de fins faisceaux, colorés en rose par le von Gieson, qui entourent parfois, en formant des réseaux, des cellules arrondies à gros noyaux, mais on voit également de courtes cellules fusiformes ou polygonales incluses à plusieurs ou parfois seules dans des mailles rouges excessivement délicates. Ailleurs encore, le tissu est myxomateux. Mais le fait remarquable, c'est qu'en presque tous les points de la tumeur on trouve de grandes cellules, le plus souvent polynucléées, tantôt arrondies, tantôt polygonales, tantôt pyriformes ou étoilées, ayant des prolongements analogues à ceux des cellules nerveuses et souvent une fine membrane d'enveloppe fibreuse, le plus souvent séparée du corps cellulaire par un espace vide. On note également sur ces cellules une striation longitudinale et parfois aussi transversale. En outre, on constate la présence de masses protoplasmiques volumineuses, arrondies ou anguleuses, teintées en jaune clair par le von Gieson et qui ne contiennent pas de noyaux ou en contiennent d'arrondis ou d'anguleux. On peut voir toutes les formes de transition entre les petites formes cellulaires décrites plus haut et les bandes et fibres musculaires, de longueur, de largeur et de forme très variables, qui apparaissent, les unes non striées, les autres striées longitudinalement, ou même transversalement, mais rarement sur une grande étendue. La situation des fibres les unes par rapport aux autres montre tantôt une tendance à la disposition fasciculée, tantôt, au contraire, un entremêlement désordonné de fibres et de cellules qui apparaissent si lâchement logées dans un tissu conjonctif finement fibrillaire qu'elles semblent isolées comme dans une préparation de dissociation.

Les vaisseaux sanguins dans l'intérieur de la tumeur se comportent de façon variable. Quelques-uns ont des parois épaisses, vitreuses, avec une lumière étroite ; on est obligé de les qualifier d'hyalins, car la réaction amyloïde a été négative. D'autres vaisseaux sont relativement larges. En certains points, on peut voir quelques vaisseaux (capillaires

ou veines) remplis de masses néoplasiques ou de cellules rondes. En d'autres points, les vaisseaux sont si nombreux qu'ils forment un vaste réseau alvéolaire.

Observation 10.

L. Lévy. *Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter* (Münchener medizinische Wochenschrift, 10 *mars* 1903, *n°* 10, *p.* 430-431.) — 4 *ans.* — *Rétention complète. Cathétérisme difficile, et même impossible à la fin. Cystostomie sus-pubienne puis périnéale. Tumeur bombant au périnée. Mort.— Myxo-sarcome. – Maladie* : 2 *mois* 1 /2.

B..., A..., enfant illégitime, âgé de 4 ans, entré le 12 mai 1900 (n° 124 du registre).

Antécédents. — Il y a 15 jours, l'enfant, qui jusque là ne s'était jamais plaint de rien de semblable, déclara, au moment de son réveil, souffrir du bas-ventre et ne pouvoir uriner ; tout au plus put-il émettre quelques gouttes d'urine. La mère essaya alors d'un bain chaud, etc. Ce n'est que deux jours après qu'elle appela un médecin qui sonda l'enfant et ramena ainsi deux litres d'urine. Deux jours après, il fallut recourir à un nouveau cathétérisme, cette fois sous anesthésie ; mais, dès le début de celle-ci, l'évacuation de l'urine se fit spontanément. Le petit malade depuis ce temps mangeait et buvait à peine et vomissait d'ailleurs tout ce qu'il prenait. Comme ces troubles ne cédaient à aucune médication, en se décida finalement à envoyer l'enfant à l'hôpital, où il entra dans notre service.

Il faut ajouter qu'à l'âge d'un an, l'enfant avait beaucoup souffert d'abcès et qu'on lui avait donné de l'huile de foie de morue, mais depuis cette époque il n'avait plus fait aucune maladie.

Etat actuel. — Enfant de constitution délicate, dans un état de nutrition médiocre. La face est pâle, les yeux enfoncés, la vessie fait une saillie hémisphérique et semble distendue au maximum. De l'urètre, sort un peu de sang dont il faut vraisemblablement faire remonter l'origine aux tentatives de cathétérisme dont l'enfant à été encore l'objet peu de temps avant son entrée à l'hôpital. De nouvelles tentatives de cathétérisme échouent et chaque fois, dans la profondeur, au niveau de la portion membraneuse de l'urètre, ou vient buter contre un obstacle infranchissable même pour une sonde fusiforme. La moitié gauche du périnée fait une saillie manifestement plus accentuée que la droite : entre la tubérosité ischiatique et le raphé, fait saillie une tumeur du volume d'un œuf d'oie, hémisphérique, pseudo-fluctuante. La peau à son niveau est d'aspect normal. Au toucher rectal, on perçoit, à une profondeur de 12 centimètres, le long de la paroi rectale gauche, une augmentation de résistance qui fait corps avec la précédente tumeur ; il semble qu'avec l'index on puisse encore arriver à contourner cette dernière. La défécation a lieu sans douleurs. Pouls distendu. Température normale.

Opération. — Elle est pratiquée ce même jour, 12 mai, à 5 heures du soir. Cystotomie sus-pubienne. Il sort sous forte pression environ un litre d'urine légèrement teintée de rouge, mais limpide. On ne sent pas de calcul dans la vessie. On place un drain en caoutchouc.

Le 15 mai, les essais de cathétérisme échouent toujours ; à chaque fois, une petite quantité de sang s'écoule par l'urètre. L'état général du petit malade reste bon.

Le 25 mai, nouvelle opération : taille périnéale (boutonnière) ; un cathéter métallique est introduit jusqu'au contact du rétrécissement ; puis on incise le périnée couche par couche, jusqu'à ce cathéter. Déjà la région de l'urètre membraneux présente de profondes altérations et est absolument immobilisable. A gauche, l'urètre adhère à un néoplasme ayant les caractères d'un myxo-sarcome. On allonge l'incision périnéale par une seconde incision oblique dirigée vers la tubérosité ischiatique et on peut se convaincre ainsi que la tumeur s'étend jusque dans le petit bassin. On ne perçoit quoi que ce soit qui ressemble comme forme à la prostate. A cause de l'étendue déjà trop grande du néoplasme, on renonce à toute tentative d'extirpation. Cependant, on excise un petit fragment de la tumeur destiné à l'examen microscopique. Tamponnement. L'évacuation de l'urine se fait par le drain sus-pubien.

Le 7 juin, les masses néoplasiques ont complètement effondré le périnée, faisant une forte saillie qu'on abrase au thermocautère. Toute la région s'étendant du scrotum jusqu'au-delà de l'anus est envahie par une masse néoplasique en chou-fleur, de coloration gris rosé, qui fait au-dessus de la surface des téguments une saillie haute par places de plus de 3 centimètres. Ces masses dégagent une odeur fétide combattue à l'aide de lavages au permanganate de potasse. Suralimentation.

La défécation continue à se faire sans difficulté.

8 juin. La température qui, depuis le 26 mai, était le plus souvent à 40°, est tombée progressivement à 38°.

20 juin. La tumeur grandit à vue d'œil, elle est en partie ulcérée.

6 juillet. Le petit malade s'alimente moins bien. Il est impossible de se procurer, aux fins d'analyse, de l'urine pure en raison de l'existence de la fistule vésicale.

8 juillet. Mort à 3 heures après-midi, avec des symptômes d'anémie et de cachexie.

Du protocole d'*autopsie*, il faut retenir les points suivants :

Au niveau du périnée, entre le rectum et le scrotum, se trouve une tumeur crevassée, plus grosse que le poing, semblant formée de plusieurs noyaux du volume d'une pomme. Le bassin ayant été vidé de ses viscères, on voit que le tissu rétro-péritonéal est largement infiltré par le tissu néoplasique ; il en est de même du tissu conjonctif péri-rectal. La paroi du rectum et l'anus ne sont pas envahis. Le néoplasme semble parvenir de la prostate qui est absolument confondue dans la masse néoplasique. La portion prostatique de l'urètre est complètement détruite par la néoplasie et devenue imperméable.

A la coupe, la tumeur se montre de consistance demi-ferme et de coloration pâle. Les reins renferment de nombreuses métastases cancéreuses. Le foie a subi, d'une façon accentuée, la dégénérescence graisseuse. Tous les autres organes sont anémiés.

Examen microscopique. — La tumeur se présente dans son aspect général comme un myxosarcome. Les différents éléments cellulaires en sont réunis par des prolongements étoilés, et entre eux se trouve une substance fondamentale de consistance muqueuse. Sur d'autres coupes le caractère myxomateux est moins marqué ; les cellules sont serrées les unes contre les autres et sont fusiformes. De nombreux et fins vaisseaux sanguins de néoformation, dont la paroi n'est formée en partie que d'une couche endothéliale, apparaissent nettement sur les coupes. En de nombreux points, on rencontre de grands espaces remplis de sang. Certaines parties de la tumeur contiennent quelques fibres musculaires.

Enfin, sur quelques coupes de portions de tumeur prélevées au niveau de la région prostatique, on retrouve des vestiges de la glande prostatique.

Après l'examen microscopique, on peut donc porter le diagnostic anatomique de myxosarcome de la prostate.

Observation 11.

Spanton. — *Myxosarcoma of prostate and bladder* (Transactions of the pathological Society of London, *t. XLII*, 1891, *p.* 218) *et* Aiken. *Sarcoma of prostate* (Provinc. med. Journal, 1891, *X*, *p.* 208). — *6 ans* 1/2. — *Adénite inguinale. Mictions douloureuses et difficiles. Cathétérisme impossible. Tumeur prostatique à développement rapide. Ponction sus-pubienne. Mort. — Myxo-sarcome. Consistance molle. — Maladie* : 13 *semaines.*

Le malade, un jeune garçon de 5 ans, fut amené à l'hôpital pour une hypertrophie des ganglions inguinaux. Le prépuce était long et il adhérait à la couronne du gland. Depuis plus d'un mois les mictions étaient difficiles ; l'enfant se penchait souvent en avant appuyant ses deux mains sur les genoux et faisant des efforts considérables pour uriner. Il n'y a jamais eu de sang dans les urines. Même sous l'anesthésie générale, la sonde ne pouvait franchir la portion membraneuse de l'urètre. Par le rectum, on sentait une masse élastique au niveau de la vessie et, après qu'on eut vidé la vessie au moyen d'une ponction sus-pubienne, le palper bimanuel permit de découvrir, en arrière du pubis, une tumeur, grosse comme le poing, qui n'était autre que la prostate hypertrophiée.

La tumeur s'accrut graduellement, surtout vers l'ombilic et son bord supérieur ne tarda pas à atteindre un point situé à moitié chemin entre l'ombilic et le pubis ; d'autre part, elle faisait saillir le périnée.

L'enfant mourut 13 semaines après l'apparition des mictions difficiles. Quinze jours avant sa mort il eut des convulsions épileptiformes

qui durèrent deux jours; les dernières semaines, le sphincter anal était relâché.

Autopsie. — On enlève les organes pelviens et la tumeur en masse.

A la dissection,on trouve, occupant la situation de la prostate,une masse blanche, dure, du volume d'un œuf de poule ; autour d'elle se voit une substance molle et gélatineuse surtout abondante du côté du rectum.

L'urètre prostatique paraissait avoir été détruit par le néoplasme et l'instrument le plus fin ne pouvait passer par l'urètre. Il n'y avait pas de cystite. Reins normaux.

La pièce anatomique se montre constituée par une tumeur arrondie, implantée sur la paroi antérieure de là vessie, près du col.

La tumeur mesure 68 m. dans le sens postérieur et, transversalement, l'épaisseur est de 36 mm.

Elle est molle et gélatineuse et ne présente pas de capsule. A l'ouverture de la vessie en arrière, on trouve un anneau de gros polypes entourant l'orifice interne de l'urètre ; les polypes s'implantent par une large base sur la muqueuse vésicale et leurs extrémités libres sont angulaires par pression réciproque.

Histologiquement, ils se composent de petites cellules rondes et ovales situées dans la sous-muqueuse et recouvertes par une muqueuse normale. De nombreux et gros vaisseaux sillonnent la tumeur. Les coupes faites dans la tumeur prostatique ont les apparences du myxosarcome.

Observation 12.

WIND (A.) *Die malignen Tumoren der Prostata im Kindesalter* (Inaug. Dissertation., *München*, 1888). — 5 *ans* 1 /2. — *Mictions douloureuses. Vessie distendue. Rétention complète. Cathétérisme très difficile. Tumeur arrondie remontant à l'ombilic. Mort.* — *Sarcome à petites cellules fusiformes. Consistance très ferme.* — *Maladie* : 3 *mois* 1 /2.

Abl... Joseph, âgé de 5 ans 1 /2, fils illégitime de parents inconnus, est entrée à la Policlinique de cette ville le 22 décembre 1887. L'âge du petit malade aussi bien que son origine inconnue empêchent qu'on ait des renseignements exacts sur ses antécédents. Ceux fournis par la commune justifient toutefois l'idée de condition fort misérable dans laquelle a vécu jusqu'ici cet enfant.

Depuis le mois d'octobre de l'année précédente, cet enfant se plaint de douleurs incessantes pendant la miction, douleurs qui ont nécessité à plusieurs reprises le cathétérisme. L'augmentation progressive et rapide des troubles mictionnels aurait motivé la demande d'admission de l'enfant à la clinique. On ne possède pas de données plus précises sur la marche de la maladie jusqu'à ce jour.

A son entrée dans le service, l'enfant se présentait dans l'état suivant.— De taille relativement petite, il offrait une pâleur très accentuée des téguments, un pannicule graisseux mal développé, une muscula-

ture flasque. Squelette légèrement touché par le rachitisme. Poumons et cœur normaux. Abdomen moyennement distendu ; légère hypertrophie des ganglions inguinaux.

La vessie est distendue à l'extrême, se présentant comme une tumeur arrondie, nettement visible surtout à droite de l'ombilic ; la percussion à son niveau montre qu'elle dépasse l'ombilic de deux travers de doigt.

Par le toucher rectal on constate, à environ 3 centimètres au-dessus de l'orifice anal, la présence d'une tumeur du volume d'une noix dont le tiers dépasse à gauche la ligne médiane, mais dont la plus grande partie,continuant la prostate, semble s'étendre à droite et en haut de la vessie.

La pression un peu forte est fort douloureuse et ne parvient d'ailleurs qu'à mobiliser fort peu latéralement et en avant la tumeur qui est de consistance ferme et de surface lisse.

Des tentatives de cathétérisme de la vessie, dans le but d'amener son évacuation et de faciliter aussi l'exploration bimanuelle, rencontrent de très grandes difficultés, et ce n'est qu'après plusieurs de ces tentatives et après avoir provoqué de vives douleurs qu'on parvient à passer le plus petit cathéter métallique. On évacue ainsi 370 grammes d'une urine claire qui s'écoule en un jet mince et continu. Mais l'évacuation complète de la vessie ne peut être réalisée, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la difficulté de la palpation bimanuelle et par ce fait que cette palpation révèle, en outre de la tumeur déjà décrite plus haut, un diverticule vésical notable dirigé par en bas, et l'élévation de la tumeur jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'analyse de l'urine, qui est peu colorée et peu concentrée, montre qu'elle contient une faible quantité de mucine et quelques cellules épithéliales plates, de forme irrégulière, approximativement polygonales, provenant manifestement de la vessie. Le poids spécifique de l'urine est faible et sa réaction faiblement acide. Pas la moindre trace d'albumine. Au cours du cathétérisme, on put encore relever les constatations suivantes.

La difficulté d'introduction de la sonde ne commence que dans la portion prostatique de l'urètre et semble occasionnée par la déviation que subit l'urètre dans sa direction, normalement sagittale. L'obstacle se rencontre aussi bien lorsqu'on procède par à coup que lorsque l'on cherche à introduire lentement la sonde. On arrive souvent à faciliter notablement la progression de cette dernière en la retirant fréquemment en arrière. Ces particularités se représentèrent constamment les mêmes, dans tous les cathétérismes ultérieurs.

L'état dans lequel le malade était entré à l'hôpital se modifia peu pendant le séjour qu'il y fit. Ce qui surtout fut digne de remarque, ce fut l'aggravation des lésions du côté des voies urinaires et la dysurie qui en résulta. Le malade ne pouvait, même en faisant des efforts considérables, arriver à évacuer spontanément son urine ; ce n'est qu'en poussant fortement et toujours avec de vives douleurs, qu'il parve-

nait à en émettre de petites quantités, en un mince jet sans vigueur, et tous les jours il fallait le sonder, pour éviter d'arriver à une hypertension de la vessie. La douleur provoquée par l'évacuation spontanée ou artificielle de l'urine, douleur réelle et qui, à la fin, devint insupportable, atteignait régulièrement son maximum 5 à 10 minutes seulement après la fin de la miction et souvent elle s'accompagnait de tremblements, de secousses cloniques par tout le corps.

Ce dernier phénomène s'observait également souvent dans le jour, sans cause appréciable. Malgré les grandes douleurs ressenties par le malade, ses urines ne continrent jamais de sang.

Formant contraste avec l'ischurie qui dominait la scène morbide il survenait de temps en temps un écoulement de l'urine se faisant goutte à goutte, et cela quel que fût l'état de réplétion de la vessie ; aucune explication ne put être trouvée à cette incontinence. La défécation était également douloureuse et il existait le plus souvent de la constipation.

Fréquemment après évacuation artificielle du rectum, le malade continuait encore à se plaindre d'envies d'aller à la selle. L'état général était, en raison de la durée et de l'intensité des troubles, très gravement atteint. Malgré une alimentation abondante et choisie, l'affaiblissement du malade fit de rapides progrès, bien que l'on n'ait jamais observé de fortes élévations de température.

L'évolution de la maladie, dont, de toutes façons, le pronostic était désespéré, fut hâtée par l'apparition d'une pneumonie lobaire du lobe inférieur droit, qui emporta le malade le 2 janvier.

Autopsie faite 7 heures après la mort (1).

Sujet de constitution assez délicate. Peau très pâle, jaunâtre presque, pannicule graisseux presque totalement fondu, musculature atrophiée, muqueuses de la face très pâles.

Abdomen plat, de teinte gris sale.

La vessie, fortement distendue, dépasse la symphyse de deux travers de doigt, formant une saillie du volume d'une tête d'enfant. La séreuse vésicale présente une pigmentation ardoisée. La rate est de volume normal.

Les deux reins sont notablement augmentés de volume. Des deux côtés, le bassinet est distendu à l'extrême par l'urine. Les uretères ont le volume d'un gros crayon. Après leur section, on voit s'écouler des bassinets plusieurs cuillerées à soupe d'une urine épaisse, très trouble. Une quantité notable d'urine présentant les mêmes caractères se trouve également dans la vessie. Les capsules des deux reins sont fortement adhérentes. Une section transversale des deux reins révèle l'existence d'une dilatation des deux bassinets atteignant les dimensions d'un œuf de poule. Le tissu rénal a une blancheur de cire, il est complètement exsangue. Les substances corticale et médullaire sont pres-

(1) Registre d'autopsie de l'Institut pathologique de Munich, 1888, n° 3. La pièce est conservée dans la collection de cet Institut.

que impossible à différencier. Le tissu rénal est ferme, criant sous le scalpel. Les parois des uretères et de la vessie sont considérablement hypertrophiés : cette hypertrophie porte principalement sur la tunique musculaire

La paroi vésicale atteint 4 millim. d'épaisseur. La muqueuse de tout le tractus génito-urinaire est terne, sale ; les trabécules de la vessie font une forte saillie.

Au niveau du bas-fond vésical, dilaté et formant une cavité plus profonde qu'à l'état normal, on aperçoit les orifices des deux uretères notablement deviés en arrière, le droit étant en outre un peu en dehors. Cette disposition, mais surtout l'allongement de son angle droit, fait que le triangle de Lieutaud apparaît considérablement agrandi ; en outre, son fond forme une saillie marquée sur le niveau du reste de la muqueuse vésicale. Cette saillie de l'aire du triangle de Lieutaud est produite par un grand nombre de petites excroissances papillomateuses, de consistance ferme, qui, peu élevées et s'insérant par une longue base dans l'angle postérieur du triangle, gagnent au contraire en hauteur dans la région du col vésical et y prennent peu à peu les caractères de polypes pédiculés.

Parmi ces papillomes polypeux, il en est un surtout de remarquable, qui, s'insérant en avant de l'orifice interne de la vessie, s'est glissé dans le col vésical où il se meut librement. Par ses dimensions (2 centimètres de longueur sur 1/2 cent. de diamètre) ainsi que par son renflement en massue, il entretient une véritable dilatation permanente du sphincter vésical. A mesure que l'on approche de la portion membraneuse de l'urètre, les excroissances deviennent de plus en plus rares et elles constituent plutôt des élevures très plates de la muqueuse.

Toute cette formation papillomateuse repose sur une tumeur plus grosse occupant le lobe droit de la prostate et qui, par une sorte de sillonnement, se trouve divisée naturellement en différentes parties. La partie principale de cette tumeur, celle à côté de laquelle toutes les autres parties apparaissent comme de petites annexes, forme une masse du volume d'une pomme, faisant directement corps avec la prostate, laquelle masse, s'accolant étroitement à la partie droite et inférieure de la vessie, produit ainsi une légère déviation de l'urètre à gauche ainsi que la déviation des uretères que nous avons signalés plus haut. A part quelques élevures plates, cette masse a une surface essentiellement unie. Elle se continue dans l'espace vésico-rectal par quatre petites tumeurs légèrement adhérentes avec elles et qui bossèlent la séreuse. Trois de ces tumeurs affectent d'une façon générale la forme et le volume d'une châtaigne prismatique avec le sommet angulaire dirigé en haut, tandis que le quatrième a, à peu près, le volume et la forme arrondie d'une noisette. En ce qui concerne la situation de ces tumeurs, elles se trouvent disposées à peu près en cercle, avec cette particularité toutefois que deux des grosses, situées immédiatement en arrière de la vessie, forment l'une avec l'autre un angle obtus, tandis que la 3e et la 4e, celle-ci située à droite de la 3e, se trouvent au contact du rectum et exercent sur ce dernier une légère compression. Au centre du

cercle ainsi délimité par ces 4 tumeurs se trouve une dépression d'environ 2 cent. 1/2 de profondeur et 1 cent. 1/2 de diamètre.

La tumeur est partout d'une consistance très ferme ; elle n'est pas mobilisable, en raison des fortes adhérences qui l'unissent aux tissus avoisinants, et particulièrement au diaphragme uro-génital. Les tissus et organes voisins n'ont d'ailleurs subi aucun déplacement marqué du fait de la tumeur ; la situation des vésicules séminales est à peine modifiée ; celle de droite ne peut être séparée de la tumeur. A noter encore, à côté de la déviation de l'urètre et des uretères notée plus haut, l'élargissement et l'élévation du niveau du cul-de-sac vésico-rectal, au détriment de l'expansibilité du rectum et de la vessie.

En ce qui concerne l'*anatomie microscopique* de la tumeur, des coupes pratiquées sur l'organe frais montrent une surface gris blanchâtre brillante, n'ayant pas un aspect homogène, mais offrant déjà à l'œil nu, et en faisant varier l'éclairage, une disposition irrégulièrement fibrillaire. L'examen plus approfondi des préparations durcies à l'alcool et colorées d'après la méthode de Kühne révèle les détails suivants :

La totatilité de la tumeur est formée de cordons d'épaisseur plus ou moins grande qui s'entrecroisent de toutes parts en forme de réseau et ne renferment que de rares vaisseaux. Les cordons sont formés par l'agglomération de petites cellules fusiformes à noyaux très nets sans substance intermédiaire visible.

La tumeur se confond d'une façon absolue avec la prostate. Les points de jonction avec le tissu prostatique normal se reconnaissent seulement à l'apparition de faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisés et à la présence de tissu glandulaire. Les portions papillomateuses de la tumeur présentent d'une façon générale la même structure que le corps de la tumeur ; toutefois les groupes cellulaires y affectent une disposition plus lâche et plus régulière, correspondant à la forme polypeuse.

La structure de la tumeur la caractérise comme un sarcome à petites cellules fusiformes, ayant son point de départ dans la trame conjonctive de la prostate ; trame conjonctive qui, d'après de nombreux auteurs, l'emporte de beaucoup sur le tissu glandulaire dans la prostate des enfants n'ayant pas encore atteint la puberté.

Observation 13.

Van der Hœven (J.). *Sarcom van der Prostata* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk, 1903, *n*° 16, 10 *avril, p.* 923). — 6 *ans* 1/2. — *Rétention d'urine. Cathétérisme. On suppose calcul vésical. Uréthrotomie externe Cystostomie sus-pubienne. Développement rapide de la tumeur. Mort. — Sarcome. — Maladie* : 3 *mois.*

Corn. M..., âgé de 6 ans 1/2, entre le 2 mars 1901 à l'Hôpital des Enfants pour rétention d'urine. Je l'avais examiné à la Polyclinique quelques semaines auparavant, sur la demande de son médecin, à propos d'accidents supposés de lithiase, mais le cathétérisme avait donné un

résultat négatif. J'avais omis d'ailleurs à ce moment de faire le toucher rectal.

A l'entrée, la vessie, très distendue, atteint l'ombilic. Le scrotum et le périnée sont légèrement œdémateux ; la peau du pénis est bleuâtre. Par le rectum on sent une tuméfaction élastique assez dure, au niveau de la région prostatique de l'urètre. Je n'arrivai pas à vider la vessie par le cathétérisme. Bien que je supposasse que ce fût un calcul qui se trouvait dans l'urètre, je ne pus déceler son existence avec la sonde.

Néanmoins, je décidai d'intervenir par une uréthrotomie externe pensant qu'il y avait infiltration d'urine. Sous anesthésie, j'arrivai rapidement sur l'urètre que j'ouvris et je pus vider la vessie. Pas trace de calcul.

Après que la vessie fut vidée, on pouvait sentir à droite et à gauche une tuméfaction dans la fosse iliaque. Par la plaie, on mit un cathéter à demeure dans la vessie.

Pendant les jours suivants, la tuméfaction périvésicale ne diminua pas, mais augmenta au contraire, ce qui plaidait contre une infiltration d'urine. D'autre part, il devenait tous les jours plus difficile de faire pénétrer le cathéter après qu'on l'eût retiré pour le nettoyer.

La miction spontanée était impossible. Bientôt l'enfant fut obligé de pousser pour uriner et la sonde était entraînée par les efforts que faisait l'enfant.

Il était évident que nous avions affaire à une tumeur maligne de la prostate. Pour mettre un terme à l'intolérable drainage périnéal et pour nous assurer de l'état des choses dans l'abdomen, nous décidâmes de faire une laparotomie et d'établir une fistule vésicale au-dessus de la symphyse.

Opération, le 19 mars, on trouve une tumeur de volume du poing derrière la vessie, venant probablement de la prostate et impossible à mobiliser. On crée une fistule vésicale par le procédé de Witzel. Les premières semaines, cette fistule fonctionna convenablement, mais bientôt le canal fistuleux devint plus court et moins oblique, et l'urine commença à couler le long de la sonde. La tumeur, qui croissait, faisait aussi sortir la sonde de temps en temps de la vessie, et, au début de mai, on abandonna la sonde.

Bientôt par la fistule apparut une tumeur en chou-fleur.

Le 26 mai, l'enfant mourut absolument cachectique.

Autopsie. — Tumeur de la prostate du volume d'une tête d'enfant. A l'examen microscopique : sarcome.

Sur la pièce on constate que la tumeur a encore la forme reconnaissable de la prostate ; elle a effondré la paroi vésicale postérieure, et commençait à proliférer vers l'extérieur à travers la fistule.

Observation 14.

Bland-Sutton (*Communication à la* Clinical soc. of London, 9 *avril* 1897 *in* Brit. med. Journ., 1897, *I*, 17 *avril*, *p.* 976. — 7 *ans*. —

Tumeur pointant au périnée comme un abcès. Incision provoquant hémorragie. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire.

« Bland-Sutton décrit le cas d'un enfant de 7 ans qui avait de la rétention d'urine et qui présentait une tumeur pointant au périnée à la manière d'un abcès. Cette tuméfaction fut incisée, ce qui donna lieu à une violente hémorragie dont on eut du mal à se rendre maître. La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes, on y retrouvait par place du tissu prostatique. Après la mort,il fut trouvé que ce sarcome s'était développé au niveau de la prostate qui était énormément augmentée de volume. Il y avait des métastases dans le poumon. »

OBSERVATION 15.

ISAMBERT. *Tumeur de la prostate ; rétention d'urine ; néphrite purulente ; mort.* (Bull. de la Soc. anat. de Paris, *Mars* 1853, *XXVIII, p.* 97-102). — 8 *ans* 1 /2. — *Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Tumeur volumineuse remontant à l'ombilic. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie* : 7 *mois.*

Le nommé Janet (Auguste), âgé de 8 ans 1 /2, entre le 11 janvier 1853 dans le service de chirurgie de l'Hôpital-des-Enfants pour une rétention d'urine.

Antécédents. — Le père et le mère de l'enfant sont bien portants. S'il faut en croire celle-ci, l'enfant a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de six mois, puis jusqu'à l'âge de six ans il a été élevé à la campagne ; il a été vacciné, n'a jamais eu de fièvre éruptive, ni de maladie grave.

Il y a six mois, en juillet 1852, l'enfant a été pris pendant une nuit de rétention d'urine ; il a été soigné immédiatement par un médecin de Belleville, qui a prescrit des bains et des cataplasmes sur le ventre. L'enfant n'urinait que goutte à goutte et se plaignait de picotements au bout de la verge. Lorsqu'il urinait, il éprouvait souvent un besoin pressant d'aller à la selle et ne pouvait retenir les matières. Au bout de quelques jours il a reçu les soins de M.Ségalas,qui l'a sondé à différentes reprises. Le cathétérisme paraît avoir été difficile dès lors, car il donnait souvent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et M. Ségalas a établi une sonde à demeure pendant six semaines, les urines étaient troubles, glaireuses ; mais, bien que M. Ségalas eut recommandé aux parents de bien les examiner, on n'y a jamais vu de sang ni de graviers. M. Ségalas aurait, dit la mère, considéré la maladie comme un commencement d'une affection calculeuse, bien qu'il n'ait jamais pu reconnaître la présence d'un calcul. Au bout de 6 semaines, l'enfant paraissait guéri, il marchait bien, il urinait facilement, bien que les urines fussent souvent glaireuses. Il est resté dans cet état pendant 3 ou 4 mois.

Le malade a été repris, vers le 15 décembre 1852 de dysurie, avec catarrhe vésical. M. Ségalas lui a remis une sonde à demeure ; 15 jours

après il allait un peu mieux lorsque, à la suite de grandes fatigues éprouvées au jour de l'an, il est retombé plus malade qu'auparavant.

Le 11 janvier 1853, il a été porté à l'hôpital Saint-Louis, à la consultation de M. Malgaigne, qui l'a sondé à plusieurs reprises, et n'a pas trouvé de calcul, mais s'est étonné de voir la vessie remontée si haut dans la cavité abdominale.

L'enfant est reçu à l'hôpital des Enfants dans la journée du 11 janvier.

Etat actuel. — Le 12 janvier, le malade se plaint de prurit au bout de la verge, il a bien dormi la nuit précédente, mais il n'a pas uriné. La face est pâle, la langue humide ; depuis 15 jours, il a perdu l'appétit ; l'épigastre n'est pas douloureux.

A l'hypogastre, on voit et l'on palpe une tumeur volumineuse, arrondie, remontant à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, et d'une matité complète à la percussion. Les organes génitaux sont assez développés, le gland se découvre bien.

L'enfant essaye en vain d'uriner en se mettant à genoux. M. Guersant procède au cathétérisme : une sonde d'argent de petite dimension est introduite sans efforts, mais elle ne pénètre pas jusque dans la vessie ; elle semble s'engager dans une fausse route, et donne lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Une sonde élastique, introduite sans mandrin, pénètre facilement, mais doit être enfoncée toute entière (d'une longueur de 25 centimètres environ) pour arriver jusque dans la cavité de la vessie.

L'urine s'écoule d'abord, mais le jet s'arrête presque immédiatement, la vessie ne se vide que lorsque l'on presse sur l'abdomen. La pression est douloureuse, et l'urine qui s'écoule à la fin est trouble.

On essaye de nouveau d'introduire la sonde en argent, mais elle donne lieu à un écoulement de sang, et l'on ne pousse pas plus loin l'examen.

L'enfant ne se plaint du reste d'aucune autre région ; il ne tousse pas et l'examen de la poitrine montre que la respiration se fait bien. Le pouls est à 112.

Chiendent, graine de lin, bain, cataplasmes sur le ventre, bouillons.

Le soir, rétention d'urine ; on pénètre facilement avec la sonde élastique sans mandrin, mais la vessie ne se vide pas, il faut presser sur le ventre et cette pression est très douloureuse surtout lorsque la vessie est vide.

Le 13, nouveau cathétérisme ; l'enfant sera sondé 4 fois par jour avec la sonde élastique.

L'urine de la veille a déposé beaucoup de matière muqueuse. La vessie est très sensible lorsqu'elle a été vidée, elle forme encore une tumeur dure, remontant très haut dans l'abdomen, presque jusqu'à l'ombilic.

La tension des muscles abdominaux empêche de palper convenablement la tumeur. L'enfant souffre beaucoup d'un prurit au bout de la verge, qui devient très pénible, surtout après chaque cathétérisme. Même régime.

Le 14, le malade a vomi son bouillon la veille. la vessie est très douloureuse.

Frictions sur l'hypogastre avec l'onguent napolitain, lavement d'eau froide.

Le 15 et le 16, même état, si ce n'est que le malade n'a plus vomi, il a un peu d'appétit, mais il est très faible.

Le 17, la vessie est toujours dure, très remontée dans l'abdomen, et l'urine chargée de matières muco-purulentes.

La sonde élastique pénètre facilement, mais la vessie ne se vide pas. Le malade n'urine que par regorgement.

Prurit au bout de la verge, même état général, inappétence.

Le 18 ; on tente en vain l'exploration avec la sonde en argent : ily a écoulement de sang. Une sonde en gomme élastique est introduite et fixée dans la vessie, mais le malade éprouve des douleurs extrêmes et enlève la sonde.

Le 19 au matin, on introduit de nouveau une sonde en gomme élastique, qu'on renonce à fixer à cause des douleurs qu'elle occasionne ; elle pénètre assez facilement, mais on remarque qu'elle éprouve un mouvement de torsion pour arriver dans la vessie.

Le malade a la fièvre, il ne peut presque rien boire, il vomit ; grande prostation ; incontinence des matières fécales ; vessie douloureuse, urines troubles.

Vésicatoire camphré à la région hypogastrique.

Le 20, à 7 heures du matin, l'enfant est pris de convulsions cloniques, peu étendues, des bras et de la face avec perte de connaissance. A la visite, vers 9 heures, les convulsions existent toujours ; l'enfant est sans connaissance ; on pratique le cathétérisme, on vide la vessie et, les muscles abdominaux étant relâchés, on peut percevoir à l'hypogastre une tumeur dure, presque grosse comme le poing.

Potion calmante, sinapismes.

A midi, le pouls est à 160, petit, dépressible, se ralentit par moment, les yeux sont immobiles, le malade est dans le coma jusqu'au soir.

Mort à 8 heures du soir.

Autopsie. — La vessie est soulevée jusqu'à l'ombilic par une tumeur qui occupe presque toute l'excavation du petit bassin, en remontant de 2 centimètres environ au-dessus du pubis. On scie le pubis de chaque côté, et l'on enlève toute la pièce avec le rectum, les reins et les uretères. On reconnaît alors que le col et le bas-fond de la vessie sont embrassés par une tumeur grosse au moins comme le poing et dont voici du reste les dimensions principales.

Largeur	11 cent.
Largeur (à la partie supérieure, col de la vessie)..........	9 —
Largeur (à la partie inférieure sous l'arcade pubienne)....	6 —
Circonférence du point le plus volumineux)..............	22 —

La prostate a complètement disparu dans la tumeur ; à la partie postérieure et inférieure de celle-ci, existe une rainure longitudinale qui contient le canal de l'urètre en rapport immédiat avec le rectum.

Celui-ci est intact et, l'urètre étant incisé dans toute sa longueur par sa paroi postérieure, ainsi que la vessie, on reconnaît à la paroi antérieure de l'urètre dans les portions membraneuses et prostatiques, deux ou trois traces de fausses routes pratiquées au sein de la tumeur elle-même, par les sondes métalliques précédemment employées.

De plus, les parois de la vessie sont hypertrophiées ; la muqueuse est assez saine, bien qu'elle soit recouverte d'une matière muco-purulente assez abondante, mais tout le bas-fond de la vessie est occupé par un paquet de végétations ressemblant à des polypes muqueux.

En incisant une de ces végétations, on voit qu'elles sont constituées par un tissu mou, lardacé, d'apparence cérébriforme. Quant à la tumeur principale, on trouve, en y pratiquant une coupe longitudinale, un tissu blanc lardacé contenant des noyaux arrondis assez volumineux, dont les uns sont durs, résistants, fibreux, les autres plus mous, d'apparence encéphaloïde.

Autour de la tumeur principale, on trouve dans le bassin plusieurs petites masses de même nature, qui n'adhèrent à la tumeur principale que par du tissu cellulo-fibreux. Les uretères sont distendus par de l'urine.

Les reins sont hypertrophiés, plus volumineux que ceux d'un adulte. Le bassin et les calices sont hypertrophiés, pleins d'une urine muco-purulente, la muqueuse est injectée, couverte en quelques points de fausses membranes. En pratiquant une coupe longitudinale, on voit s'écouler une sanie rouge violette, analogue à la boue splénique et mêlée de pus ; toute la substance du rein est enflammée et suppurée, et présente plusieurs collections purulentes dont les parois sont tapissées de pseudo-membranes ; la surface des reins est d'un rouge vineux, marbrée de taches et d'étoiles blanc jaunâtre.

Cette autopsie rend compte de tous les symptômes présentés pendant la vie. Rétention d'urine, état muco-purulent de celle-ci, impossibilité de pénétrer avec les sondes métalliques, longueur extrême de la sonde élastique qu'on était obligé d'introduire, douleurs lancinantes pendant le cathétérisme, persistance d'une tumeur abdominale après que la vessie était vidée, enfin difficulté de contenir les matières fécales dès que celles-ci étaient arrivées dans le rectum.

L'examen microscopique de ces tumeurs a été fait par MM. Broca et Robin, qui n'ont trouvé nulle part l'élément cancéreux, mais seulement du tissu fibro-plastique et, en quelques points, un tissu mal déterminé, assez analogue à des fibres musculaires dégénérées, sans qu'il soit possible cependant d'y préciser cet élément, non plus que la substance propre de la prostate.

Observation 16.

Graetzer. *Zur Statistik der Prostatasarkome* (Inaug. Dissert. *Würzbourg*, 1895). — 14 *ans* 1/2. — *Troubles de la miction. Tuméfaction de la région périnéale. Cathétérisme facile. Prostatectomie périnéale*

incomplète, à cause de l'hémorragie. Mort 28 *jours après. — Sarcome à grosses cellules rondes. — Maladie* : 5 *mois.*

Il s'agit d'un jeune apprenti tailleur, nommé S., âgé de 14 ans 1/2, qui entre à la Clinique chirurgicale de l'Université de Wurzbourg le 1er septembre 1894.

Ce malade est issu de parents sains ; il raconte qu'à l'âge d'un an il aurait eu une rétention d'urine et qu'on aurait alors ramené la miction spontanée en lui trempant les pieds et les mains dans l'eau. Depuis, et jusqu'au 7 juillet 1894, il aurait toujours été bien portant. A partir de cette date, en effet, il a commencé à ressentir des douleurs lancinantes dans la région de la vessie. La miction spontanée a toujours été possible ; mais parfois l'urine sortait en jet, parfois seulement goutte à goutte. Le malade raconte qu'il aurait beaucoup maigri depuis le mois de juillet.

Etat actuel. — Enfant affaibli, cachectique, avec des téguments pâles, subictériques. Les organes internes sont normaux.

La région périnéale tout entière est transformée en une tuméfaction allongée, ovale, régulière. Cette tuméfaction occupe à peu près symétriquement les deux côtés du raphé. Elle commence à la racine du scrotum et se continue jusque proche l'anus. Elle est recouverte d'une peau d'aspect blanchâtre au travers de laquelle on voit par transparence des veines passablement dilatées. Elle est de consistance pâteuse, cependant elle est plus ferme dans la profondeur. Elle est légèrement douloureuse à la pression.

L'exploration digitale du rectum révèle la présence, sur la paroi antérieure, immédiatement au-dessus de l'anus, de deux tumeurs allongées (en forme de boudin) qui suivent assez exactement l'axe longitudinale du périnée en se dirigeant vers le centre. Par leurs extrémités périphériques, ces tumeurs se confondent, mais leurs extrémités centrales divergent en sorte que, en se rapprochant de la vessie, on peut sentir entre elles une résistance ferme, non fluctuante, de surface lisse.

La tumeur située à droite peut être palpée entre les doigts ; elle a 4 cent. de long. L'extrémité supérieure de la tumeur de gauche ne peut être atteinte. La surface des deux tumeurs est en général lisse ; elles ont une consistance dure, non fluctuante et sont légèrement douloureuses à la pression. Elles sont recouvertes de muqueuse.

Les mictions se font à intervalles de 1/2 à 1 heure, le malade étant obligé de pousser, et elles s'accompagnent d'un peu de douleur. L'urine est claire, contenant peu d'albumine. On peut pénétrer assez facilement avec la sonde dans la vessie ; comme on peut l'enfoncer presque jusqu'au bout, on en conclut que la vessie est distendue.

Opération. — Le 1er novembre 1894. Incision longitudinale suivant le raphé périnéal et comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané les fascia superficiel et profond du périnée. Aussitôt ce dernier incisé, on voit des masses d'un tissu jaunâtre faire irruption dans la plaie, masses qui donnent l'impression de tissu sarcomateux.

On cherche, à travers la plaie, à attirer et à enlever le plus possible

de la tumeur, soit avec les doigts,soit avec les instruments tranchants.

Mais une hémorragie abondante,dont l'origine ne peut être précisée, se produit et oblige à interrompre l'opération et à terminer par le tamponnement de la plaie.

Suites opératoires. — Le malade a bien supporté l'opération.La plaie ne contient aucune sécrétion,mais a pris une coloration noirâtre.

Le 9e jour après l'opération, la tumeur semble avoir fait irruption dans la vessie, car l'urine s'écoule désormais par la plaie périnéale et il n'en passe plus par l'urètre. La tumeur droite a proliféré à l'extérieur de la plaie. Des symptômes apparaissent du côté du cerveau; cependant l'examen ophtalmoscopique donne un résultat négatif.

Il existe de la constipation, qu'on combat par l'huile de ricin, et, à partir du 5 novembre,une légère fièvre qui disparaît cependant vers la fin de la maladie.

L'agitation du malade devient de plus en plus grande, le pouls devient toujours plus petit et la mort survient le 28 novembre 1894.

Autopsie (pratiquée par le professeur von Rindfleisch).

Aucune raideur cadavérique. Cadavre amaigri.Viscères abdominaux normaux. Grand épiploon absolument privé de graisse. Uretère gauche un peu plus dilaté que le droit. Ganglions iliaques un peu hypertrophiés, de coloration blanchâtre.

Dans le tissu cellulaire lâche situé sur le côté gauche de la vessie, il existe un abcès contenant un pus vert-jaunâtre. L'os adjacent (branche descendante du pubis) est rugueux. Dans la vessie on trouve une petite quantité d'urine trouble, floconneuse ; la muqueuse est pâle.

Dans l'étendue de sa portion prostatique, l'urètre est enveloppé des débris noirâtres de la prostate presque complètement détruite ; en ce point, il existe un abcès qui est situé à droite de l'urètre et communique avec lui par un petit orifice oval. La tumeur elle-même se désagrège en plusieurs lobes arrondis, dont l'un s'est fait jour jusqu'à la surface et se montre formé d'un tissu noir, gélatineux, œdémateux ; la portion principale de la tumeur s'est développée plus par en bas.

Ce qui est remarquable, ce sont les dépôts calcaires qui se rencontrent aussi bien dans la tumeur que dans l'étendue du pénis. Au niveau des corps caverneux existe une tumeur du volume d'une noisette. Dans la veine iliaque droite il y a un caillot gélatineux, mou, qui se prolonge jusque dans la veine hypogastrique.

La dégénérescence des ganglions lymphatiques ne s'étend pas jusqu'au niveau du promontoire.

Le foie est extraordinairement petit il ne contient pas de noyaux métastatiques.— Reins: La capsule se désache facilement.La glande est pâle,laissant voir une fine ponctuation et striation du parenchyme ; substance corticale de coloration blanc-jaunâtre, dégénérescence graisseuse, pas de dégénérescence amyloïde appréciable. — Poumons : œdémateux. Dans les lobes supérieurs, le long des vaisseaux, le parenchyme est desséché, il a un aspect gris dû à la présence de fines granulations dans les lobes inférieurs, nombreux noyaux métastatiques du volume d'un noyau de cerise.— Cavité cranienne : Dure-mère très

adhérente à la voûte cranienne, surtout dans la région occipitale. La table interne est usée en maints endroits. Il y a des métastases le long de l'artère méningée moyenne.— Cerveau : Ne présente extérieurement rien d'anormal. Les vaisseaux sont très faiblement remplis. Œdème cérébral.

Diagnostic. — Sarcome de la prostate, dégénérescence sarcomateuse des ganglions lymphatiques. Végétations sarcomateuses accompagnant les veines de la dure-mère.Tumeurs métastatiques des poumons. Dégénérescence parenchymateuse des reins.

Examen microscopique. — Microscopiquement, la tumeur se montre formée d'un amas de grosses cellules rondes serrées les unes contre les autres ; on ne voit qu'elles dans le champ du microscope et c'est à peine si on aperçoit entre elles un peu de substance intermédiaire. Ça et là des tractus conjonctifs plus volumineux parcourent la masse et la divisent en amas cellulaires rappelant l'aspect du cancer.

En certains points cependant on peut saisir le lien de transition entre ces travées conjonctives et les cellules néoplasiques et se convaincre ainsi que les dernières dérivent des premières. Les noyaux des cellules du tissu conjonctif prennent d'abord une forme allongée et se disposent perpendiculairement par rapport aux masses cellulaires environnantes ; peu à peu la forme des cellules conjonctives se rapproche de plus en plus de celle des cellules néoplasiques et finalement les deux sortes de cellules se confondent.

Les vaisseaux, assez nombreux, sont de fort calibre et encourés soit d'un endothélium soit directement de cellules néoplasiques.

Le tissu de la prostate n'a pas complètement disparu dans le tissu néoplasique ; c'est ainsi, entre autres, que des portions de tissu musculaire ont été conservées. Cependant on ne trouve dans la tumeur aucun faisceau musculaire et, quant au tissu glandulaire, il n'en existe que des traces.

Les cellules néoplasiques possèdent un gros noyau vésiculeux.

Il s'agit d'un sarcome à grandes cellules rondes ayant le caractère lymphadénoïde.

Les métastases endocraniennes sont formées absolument des mêmes cellules que la tumeur principale ; de-ci de-là,le long des capillaires, on trouve cependant parfois des cellules fusiformes disposées en fins cordons.

Observation 17.

Barth (Obs. II). *Ueber Prostatasarkom.* (Archiv. f. klin. Chirurgie, 1891, *t. XLII*, 4, *p.* 757.) — 17 *ans.* — *Rétention d'urine. Douleurs. Cathétérisme difficile. Urines purulentes. Taille périnéale. Prolifération rapide de la tumeur au niveau de la plaie. Mort.* — *Sarcome fuso-cellulaire.* — *Maladie* : 9 *semaines.*

Cette observation concerne un jeune homme de 17 ans qui,4 mois auparavant, avait souffert d'une rétention d'urine. A cette époque, il

dût être sondé pendant 3 semaines consécutives par son médecin, puis la miction spontanée se rétablit, mais, depuis ce moment, les urines restent sanguinolentes et purulentes. Plus tard, la rétention d'urine se reproduisit accompagnée de douleurs dans les régions sacrée et sus-pubienne, le cathétérisme devint de plus en plus difficile, tant qu'à la fin les douleurs et un affaiblissement rapide finirent par obliger le malade à garder définitivement le lit.

C'est dans cet état qu'il fut apporté à l'hôpital Augusta.

A son entrée, ce n'est qu'avec difficulté qu'on parvint, à l'aide d'une sonde en gomme, à pénétrer dans la vessie, à travers un urètre irrégulier, bosselé. Au niveau du bulbe, on butait sur un premier obstacle et, correspondant à cet obstacle, on sentait extérieurement, au niveau du périnée, une tumeur allongée, semi-élastique. La prostate était transformée en une masse de tubérosités molles refoulant modérément la paroi antérieure du rectum, mais ne semblant pas adhérer à cette paroi. La glande semblait avoir complètement perdu sa mobilité normale dans le bassin. Il existait une fièvre hectique; l'urine, purulente, contenait du sang et beaucoup d'albumine. Les autres organes ne présentaient pas d'autres altérations apparentes.

Je pensais pouvoir interpréter les symptômes cliniques en présence desquels je me trouvais comme une tuberculose de la prostate avec propagation périurétrale des lésions vers le périnée et la vessie ; je fus donc un peu surpris, en faisant la taille périnéale pour établir un drainage vésical, de n'arriver à l'urètre qu'en cheminant à travers des masses sarcomateuses.

L'urètre lui-même était tellement rempli de proliférations sarcomateuses qu'il fut difficile de se frayer, à travers ce canal, un chemin jusqu'à la vessie, malgré la courbure appropriée du cathéter métallique.

La tumeur qui, microscopiquement, se montra être un sarcome fuso-cellulaire, fit des progrès rapides. Elle bourgeonnea à travers la plaie périnéale, se propagea dans le petit bassin et donna lieu à des métastases ganglionnaires perceptibles dans la fosse iliaque. Il ne fut pas facile de continuer à assurer l'écoulement de l'urine. Des incrustations phosphatiques et des végétations néoplasiques bouchaient la sonde et il fut souvent nécessaire de la hanger, ce qui n'allait pas sans difficultés et sans douleurs.

Six semaines après l'opération, le malade succombait, cachectique, des suites d'une pyélonéphrite.

L'*autopsie* nous fournit une préparation intéressante. La tumeur, extirpée d'un seul tenant avec la vessie et l'urètre, fut durcie dans l'alcool, par la méthode de Thiersch ; aussi est-elle actuellement ratatinée et réduite au volume d une tête d'enfant.

Au premier coup d'œil, la tumeur se caractérise par l'aspect papillomateux de sa surface : c'est une tumeur en chou-fleur. Son pédicule est constitué par la prostate et ses différentes parties. Sur la coupe sagittale, on voit que la tumeur repose sur une base massive, large, qui correspond à la partie de la prostate située en avant de l'urètre. De

cette base partent de gros prolongements (fig. 12) qui, après avoir effondré la vessie, remplissent la plus grande partie de sa cavité.

En outre, des masses bourgeonnantes néoplasiques ont envahi l'épaisseur de la paroi vésicale et dissocié ses faisceaux musculaires. Déjà à l'œil nu, on distingue cette infiltration massive de la paroi vésicale qui, sur la moitié droite de la préparation se montre aussi développée que la prolifération intra-vésicale.

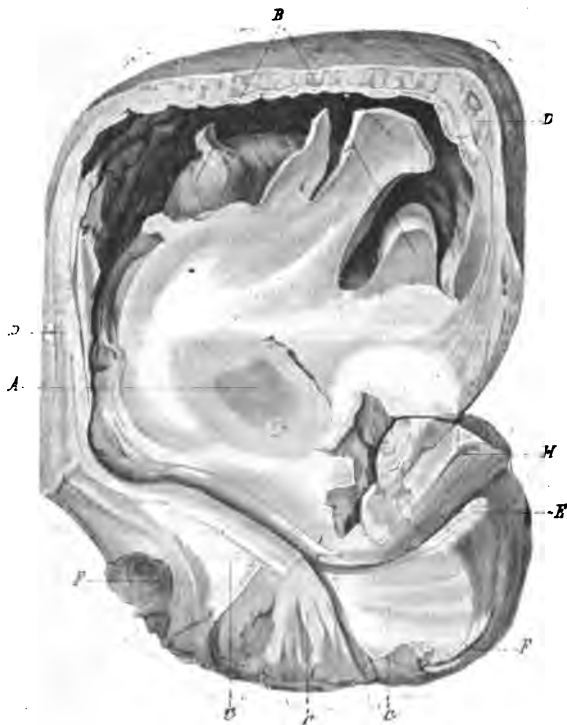


Fig. 12.— Sarcome de la Prostate, cas de Barth. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1891, t. 42, Pl. IX, fig. 5.) — Coupe sagittale de la pièce durcie dans l'alcool. Vue de la moitié gauche. La cavité vésicale est remplie par une énorme masse néoplasique A développée aux dépens de la portion antérieure de la prostate. — B. Prolongements papillomateux. — D. Paroi de la vessie infiltrée par le néoplasme. — c. c. Masses sarcomateuses remplissant la lumière de l'urètre.

En plusieurs points, les masses sarcomateuses intra-pariétales se sont fait jour à travers la musculeuse et la muqueuse et ont envahi la cavité vésicale pour se joindre à la masse bourgeonnante partie directement du bas-fond. Cette dernière a sa surface recouverte d'un dé-

pôt phosphatique et, par place, on note au microscope des parties de tissu néoplasique nécrosées.

Les lobes latéraux de la prostate sont transformés en des masses sarcomateuses qui, en arrière et en haut, n'ont pas rompu la capsule mais qui, en avant, ont fait irruption dans l'urètre et proliféré entre ces parois jusqu'à pousser leurs proliférations dans la portion bulbaire. Au niveau du périnée, la paroi postérieure de l'urètre est détruite et à travers la plaie le néoplasme s'épanouit sur le périnée en un luxuriant chou-fleur.

Au microscope, la structure de la tumeur n'apparaît pas partout la même : en maints endroits, elle offre l'image d'un sarcome fuso-cellulaire à stroma finement fibrillaire. En d'autres endroits le caractère muqueux du stroma devient tellement prépondérant qu'on croit avoir sous les yeux un myxome. Dans ces derniers points, on trouve de grosses cellules rondes avec de gros noyaux.

La musculature de la vessie et de la prostate se présente dans les préparations sous forme de puissants faisceaux. En plusieurs régions on trouve incluse en plein tissu néoplasique de grandes cavités remplies de sang.

Les portions glandulaires de la prostate semblent avoir été à peu près étouffées par le tissu néoplasique. Ça et là, en rencontre d'étroites fentes tapissées d'une sorte d'épithélium qui fait penser à des vestiges de boyaux glandulaires.

Observation 18.

Oliva (Val). *Di un Sarcoma prostatico* (Thèse *de Turin* 1883, *p.* 7 *à* 11, *et* Osservatore Torino, 1883, *XIX*, *p.* 609-625, 647-657, *et* Gaz delle Cliniche, 1883, *n*os 39 *à* 42.) — 18 *ans. Mictions difficiles. Rétention. Cathétérisme difficile. Tumeur abdominale volumineuse. Taille périnéale. Ponction sus-pubienne Mort. — Sarcome à petites cellules rondes. — Maladie : 7 mois.*

F..., Antonio, cultivateur, âgé de 18 ans, entre dans la Clinique du Professeur Bruno, le 11 avril de l'année courante (1883).

Il y a 7 mois environ, il a commencé à éprouver des difficultés de la miction et une légère douleur dans la profondeur du bassin avec sensation de brûlure au méat au commencement et à la fin ; difficultés et douleurs allèrent progressivement en augmentant et, au bout de deux mois, elles étaient devenues assez graves ; il s'y adjoignit des sortes de douleurs d'accouchement qui, partant du périnée, s'étendaient sur la face interne des cuisses, tandis qu'une sensation de pesanteur au périnée devenait continue.

Un mois plus tard, le malade fut à l'improviste atteint d'ischurie : il fallut, pendant une quinzaine de jours, procéder au cathétérisme évacuateur ; puis pendant deux jours on laissa une sonde à demeure. Lorsqu'on enleva le cathéter, le patient put spontanément vider sa vessie pendant 3 jours ; après quoi, l'ischurie étant revenue, il fallut

remettre une sonde à demeure pendant 2 jours encore. Mais la miction ne fut rendue libre cette fois que pour peu de temps ; de telle sorte qu'en raison de l'ischurie il fallut replacer une troisième fois la sonde à demeure ; elle fut conservée jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie ni d'affection vénérienne ou syphilitique ; son urine se maintint toujours parfaitement limpide ; il n'eut jamais d'hématurie spontanée, bien qu'il ait émis quelquefois du sang mélangé à du pus après le cathétérisme.

Etat actuel. — Constitution du squelette bonne, muscles médicorement développés, pannicule adipeux à peu près absent,coloris jaune terreux prononcé qui, avec l'amaigrissement général, donne au patient un aspect de cachexie et de marasme avancé.

L'abdomen apparaît proéminent ; dans la région hypogastrique et sous-ombilicale il est tendu par une tumeur rénitente, fluctuante, bien délimitée, ovalaire, à grosse extrémité supérieure, et qui s'avance en bas dans le pelvis ; manifestement c'est la vessie, qui est tellement distendue qu'elle remonte, dans sa partie la plus élevée, jusqu'à l'ombilic.

On ne sent pas les ganglions inguinaux. Au pénis, au scrotum, rien de particulier.

Le périnée est tendu dans une certaine mesure ; si l'on y exerce une pression un peu forte,on perçoit une sensation de résistance profonde, mal définie et qui obéit difficilement à la force exercée par la main. Le membre inférieur gauche est notablement œdémateux ; si l'on appuie avec une certaine insistance et une certaine force sur la racine de ce membre, du côté interne,on voit sortir du méat urinaire quelques gouttes de pus ichoreux, jaune noirâtre, très fétide.

L'exploration urétrale, pratiquée au cathéter métallique de courbure ordinaire et de calibre moyen, donne les résultats suivants :

La portion spongieuse de l'urètre et le commencement de la partie membraneuse sont parcourus avec facilité ; mais, à peine a-t-on avancé un peu dans cette dernière, que la main-guide sent que le pavillon du cathéter se porte vers la droite du patient en décrivant un arc de cercle de 25° à 30°. Après avoir effectué cette déviation latérale spontanée, le cathéter s'avance avec la plus grande facilité, et l'on sent que son bec devient mobile et libre comme s'il pénétrait dans une cavité ; mais, si l'on abaisse complètement le pavillon entre les cuisses, même lorsque la portion introduite du cathéter est de telle longueur qu'il y a tout lieu de croire que le bec est entré dans la vessie, il ne s'écoule pas d'urine ; on n'obtient que quelques gouttes d'ichor d'une grande fétidité, et l'on se heurte à une surface dure, raboteuse et irrégulière, qui donne à la main une sensation identique à celle qui est obtenue lors du choc de la sonde métallique contre un calcul.

Cette surface dure ne peut être déplacée lorsqu'on imprime des mouvements à la sonde ; cependant on arrive, en passant avec le cathéter au-dessous d'elle, à pénétrer dans la vessie alors que toute tentative pour atteindre son col, en passant au-dessus d'elle, ne peut aboutir. De

cette façon on peut évacuer une petite quantité d'urine qui présente des caractères normaux ; l'exploration de la cavité vésicale ne procure aucune sensation anormale.

Toutefois on remarque que la tuméfaction constituée par la vessie, telle qu'elle se présente à l'inspection de la paroi antérieure de l'abdomen, ne se trouve pas du tout, par son volume, en rapport avec la quantité d'urine que l'on a pu extraire ; même après le cathétérisme, la vessie remonte à 3 doigts au-dessus du pubis.

Le doigt, introduit dans le rectum, reconnaît la face postérieure de la prostate ; mais il n'en peut atteindre la limite supérieure. La prostate, lisse, outre qu'elle est augmentée de volume, paraît à peu près immobile et présente un certain degré de ramollissement, une ébauche de fluctuation.

Ces deux explorations, l'urétrale et la rectale, sont douloureuses, mais pas d'une façon extraordinaire.

Observation clinique journalière. — Depuis l'entrée, on a pratiqué le cathétérisme deux fois par jour, tantôt avec une sonde métallique (en raison du sang et du pus qui obturaient les œillets on se servait de la sonde évacuatrice de la lithrotritie), tantôt avec une sonde de caoutchouc. Le cathétérisme réussit toutes les fois que l'on a soin de maintenir, autant qu'on le peut, le cathéter vers la ligne médiane du corps, et de passer au-dessous de l'objet dur qui a été mentionné ci-dessus.

Opération, le 14 avril 1883. — Après chloroformisation préalable, on place le malade dans la position de la taille périnéale, et, en se guidant sur une sonde cannelée introduite dans l'urètre, on pratique au périnée une incision comme pour la taille médiane.

Cette incision une fois approfondie au-delà des couches superficielles, il se présente sous le tranchant du bistouri un corps à surface lisse, de la grosseur d'une noix, de couleur rosée, facilement lacérable, et qui a en tout l'aspect macroscopique d'une tumeur de la classe de celles qu'on appelle encéphaloïdes. On luxe la nodosité en la détachant avec le doigt des parties profondes, et l'on enlève avec elle quantité de tissu néoformé qui continue à se présenter, en fermant le passage, jusqu'à ce qu'on arrive avec le doigt dans la cavité de l'abcès; mais, quand on est arrivé, on ne peut réussir à enfiler l'embouchure de la portion postérieure de l'urètre lacéré.

Après l'ablation partielle de la tumeur, le doigt, introduit dans le rectum, arrive à toucher de son extrémité libre le bas-fond de la vessie; il reconnaît que la néoformation aboutit jusque-là.

16 avril. Ponction sus-pubienne avec l'aspirateur de Potain pratiquée deux fois par jour.

L'œdème du membre inférieur gauche est augmenté ; il s'est manifesté une coloration livide avec menace de gangrène à la partie supéro-interne de la cuisse du même côté ; on pratique en cet endroit une grande incision, il s'en écoule un pus ichoreux et de l'urine.

Les conditions générales sont notablement aggravées, on redoute sous peu une issue fatale.

17 avril. Les parties molles environnant l'incision de la cuisse gauche

sont mortifiées, et elles ont pris un aspect noir verdâtre. La tumeur fait saillie hors de la plaie du périnée ; l'incision de la cuisse donne du pus et de l'urine.

Depuis ce matin, la sensibilité est obnubilée, le pouls est filiforme et à peine perceptible, la température subfébrile, la peau est recouverte de sueur froide, la langue et les lèvres sont sèches et crevassées ; le malade meurt à 2 heures 1/2 de l'après-midi.

Autopsie, pratiquée à 3 heures de l'après-midi, le 18 avril 1883. Pour être court, il ne sera fait mention que des faits ayant un intérêt particulier.

L'urètre, sain dans sa portion spongieuse, peut être dit réduit dans sa portion membraneuse à un demi-canal, à une gouttière constituée par sa partie inférieure et latérale ; à gauche, en haut, il manque totalement, et il s'ouvre dans une cavité irrégulière à parois gangreneuses ; dans cette cavité fait saillie, en haut, la branche ischio-pubienne gauche, non seulement dénudée de son périoste, mais encore rugueuse et raboteuse. Cette cavité, presque remplie d'un liquide très fétide, de débris gangréneux, de sang, de pus et d'urine, se continue avec celle qui a été faite sur la face interne de la cuisse gauche, et où la masse des muscles adducteurs se présente infiltrée d'ichor et en voie de sphacèle.

La prostate est irrégulièrement augmentée de volume ; tandis que son lobe gauche est resté normal, tant par son volume que par sa consistance, son lobe droit est énormément agrandi ; il se présente somme une tumeur mollasse, de la grosseur d'une orange moyenne et de forme presque parfaitement sphérique. Complètement limitée en dedans, cette tumeur pousse en bas un prolongement sur lequel vient s'appuyer ce qui reste de l'urètre membraneux. et qui plus loin s'élargit pour constituer un second nodule qui paraît discontinu dans sa partie la plus superficielle. C'est cette portion périnéale qui s'est présentée dans le champ de l'incision opératoire et qui a été en partie enlevée. En haut, elle s'avance sur le bas-fond de la vessie contre laquelle elle comprime une bonne moitié de la vésicule séminale droite.

Si l'on examine les rapports de cette partie et de l'urètre prostatique, il semble que l'on doive admettre une sorte de rotation d'arrière en avant et de droite vers la ligne médiane du lobe prostatique droit autour de la lumière de l'urètre ; en effet, sa plus grande partie concourt à former la paroi antéro-latérale droite de l'urètre prostatique. Ce dernier se trouve ainsi non seulement énormément déplacé vers la gauche, mais aussi enchâssé sous une bonne portion de la tumeur ; sa lumière, dans une section transversale, devrait être représentée sous la forme d'un arc de cercle concave à droite et en avant, tandis que dans une section longitudinale il serait représenté par un autre arc de cercle quelque peu incliné sur la verticale en haut et à droite, la concavité regardant en avant, un peu en bas et un peu à droite. Rien de particulier pour l'urètre prostatique, ni pour la muqueuse.

La vessie n'est point augmentée de volume, mais ses parois sont hypertrophiées, et elles atteignent une épaisseur d'environ 1 centimètre ;

la muqueuse en est normale ; antérieurement la séreuse, exactement en correspondance de la ligne du repli du péritoine qui marque son passage de la vessie à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, porte la trace d'une ponction : c'est une légère ecchymose du tissu sous séreux ; en arrière la séreuse se replie sur le rectum plus haut que normalement.

Un amas de ganglions lymphatiques, gros comme un œuf de poule, s'appuie en arrière sur la concavité du sacrum ; en avant,il correspond en haut à la vésicule séminale droite qu'il écrase contre la vessie ; en bas, il se continue avec le lobe droit hypertrophié de la prostate, et latéralement à droite avec le releveur de l'anus, à gauche avec le rectum.

Les vésicules séminales sont toutes deux saines; la droite est écrasée entre la vessie et la prostate avec son paquet de ganglions.

Les canaux éjaculateurs sont perméables.

Les uretères ne sont point dilatés ; il existe un léger degré de néphrite parenchymateuse du rein droit.

Dans le poumon droit on constate des noyaux secondaires de la tumeur ; il y en a deux, gros chacun comme une noix, dans le lobe inférieur, et il y en a une autre plus petit dans le lobe moyen.

L'*examen microscopique* du lobe droit hypertrophié de la prostate a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes avec diffusion aux ganglions lymphatiques voisins et avec noyaux métastatiques dans le poumon.

Observation 19 (1).

Guyon, Prof. (Inédite).— 19 *ans.— Rétention avec distension et miction par regorgement. Tumeur périnéale. Incision prérectale. Accroissement rapide de la tumeur abdominale. Mort. — Sarcome à petites cellules rondes. — Maladie* : 13 *mois.*

Observation 20.

West (S.). *Sarcoma of prostate and bladder of very rapid development* (Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1883, *vol. XXXIV, p.* 145). — 21 *ans. — Difficulté de la miction. Vessie distendue. Cathétérisme. Hématurie. — Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes. — Maladie* : 1 *mois.*

Robert G...., 21 ans, éprouva, le 16 septembre, de la difficulté à uriner et sa vessie fut distendue.

Il fut sondé puis entra à l'hôpital. Le 27, hémorragie d'origine vésicale : on retire 300 cm. d'urine avec le cathéter, puis 480 cm. 3 heures plus tard. En même temps, il émit des caillots et des débris d'un corps charnu qui ne furent pas examinés.

(1) Nous avons donné cette observation *in extenso*, dans le cours de l'article, grâce à l'obligeance de notre maître. M. le Professeur Guyon. (Voir pour la partie clinique, p. 7, et pour la partie histologique p. 25.)

Le rectum fut exploré 3 semaines avant la mort ; on ne sentit pas de tumeur.

Ce n'est que quelques jours avant la mort qu'on soupçonna la présence d'un cancer.

Autopsie — Une grosse tumeur, molle, demi-fluctuante, occupe la place de la prostate. Elle se compose de petites cellules rondes et fusiformes. Son volume est celui d'une grosse orange.

Le rectum est vide et aplati par la tumeur. On dilate l'urètre de façon à introduire facilement le médius : on y trouve un polype charnu long de 5 cent., s'attachant à l'entrée de la vessie par un pédicule long et mince ; une partie avait perdu sa coloration et c'est de là qu'était venue manifestement l'hémorragie.

De la partie latérale de la base de la vessie s'élève une masse ovale, longue de 62 m/m., molle, cellulaire, semblable à la tumeur prostatique ; du voisinage naissent plusieurs petites masses pédiculées.

La vessie est distendue et contient plusieurs onces de sang altéré.

Les uretères et les bassinets sont très dilatés. Les reins sont hypertrophiés ; la zone corticale en est dégénérée ; elle contient plusieurs abcès punctiformes.

Observation 21.

Kaufmann (Loc. cit.) — 24 *ans* 1/2. — *Aucun symptôme clinique.* — *Lymphosarcome.*

J'ai fait l'*autopsie* d'un ouvrier de 42 ans 1/2, qui était atteint de lymphosarcome de la prostate.

Le cas serait déjà intéressant par ce seul fait que, malgré l'énorme augmentation de volume de la prostate occasionnée par le néoplasme, le malade ne présenta aucun symptôme clinique (il était entré dans le service du professeur Immermann) qui put faire penser à une tumeur prostatique.

La grande rareté de pareils cas justifie la description détaillée que j'en vais donner ci-dessous. (Autopsie, 25 octobre 1898. — Taille du sujet, 1 m. 69. Poids, 53 k. 96).

La prostate, du volume d'un petit poing, a une consistance ferme. La vessie est petite, contient une petite quantité d'urine trouble ; la partie moyenne de la prostate fait saillie dans sa cavité ; le col vésical, de consistance mi-ferme, est infiltrée de masses néoplasiques molles qui font saillie dans la cavité vésicale, au niveau du trigone, sous forme de replis épais ; la partie originelle de l'urètre et le veru-montanum sont, de même, le siège d'une infiltration dure. Les uretères se laissent facilement cathétériser. La lumière de l'urètre n'est que très peu rétrécie. Mesurée sur une coupe frontale, la prostate mesure de 5 1/2 à 6 cent. de largeur et 4 cent. 1/2 de hauteur. Le tissu normal de la prostate ne se laisse plus reconnaître que sur quelques points isolés dans la partie centrale de la glande et dans la partie inférieure du lobe gauche ; partout ailleurs il est remplacé par du tissu néoplasique

blanchâtre, lardacé, qui s'étend en arrière et, avant tout, dans la direction de la vésicule séminale droite. Celle-ci se confond aussi avec le lobe droit de la prostate sans que l'on reconnaisse entre eux de limite nette. La vésicule séminale est transformée en une masse de 4 cent. de largeur et de près de 3 cent. d'épaisseur, mal limitée, en dehors, du tissu graisseux environnant, de couleur générale blanche, au sein de laquelle toutefois on aperçoit encore quelques circonvolutions jaune-brunâtre et quelques scissures irrégulières entourées d'une zone transparente grise. Les circonvolutions, qui sont intimement fusionnées les unes avec les autres et ne sont plus que très imparfaitement reconnaissables, apparaissent grossièrement épaissies et les quelques fissures (canaux) encore reconnaissables sont déformées et rétrécies, et fort écartées les unes des autres. La vésicule séminale gauche se confond, par sa portion inférieure, avec l'infiltration prostatique ainsi qu'avec la masse infiltrée de la vésicule droite. Dans cette portion, les circonvolutions sont englobées dans la masse néoplasique, tandis que, dans la portion supérieure de la vésicule séminale gauche, elles sont serrées les unes contre les autres, nettement limitées du tissu graisseux environnant et montrent des fissures (canaux) larges. L'ampoule du canal déférent droit est fusionnée avec la vésicule séminale droite par du tissu néoplasique, tandis que l'ampoule gauche est restée libre. La portion interampullaire est également indemne de tissu néoplasique. Il existe des métastases étendues dans les plèvres, les reins, le pancréas, la dure-mère, les ganglions du cou, ainsi que dans le fémur, le tibia, la voûte du crâne.

Dans le voisinage de la prostate, il n'existe pas de ganglions, à l'exception d'un seul, du volume d'un pois, qui est placé en dehors de la vésicule séminale gauche.

Au *microscope*, l'image présentée par les différentes parties de la tumeur prostatique et les différentes métastases était celle du lymphosarcome, avec un réticulum tantôt finement réticulé ou fasciculé, tantôt grossièrement fasciculé, rempli partie de petites cellules lymphoïdes, partie de grosses cellules ayant parfois plusieurs noyaux. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les particularités qui distinguent le lymphosarcome des autres variétés de sarcome, en particulier du sarcome globo-cellulaire. Je renvoie pour cela à ce que j'ai écrit ailleurs sur ce sujet. (*Lehrbuch der spec. Pathol. Anatomie* 1er, et 2e édit.).

Observation 22.

Stein (A.). *Ueber die Exstirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen.* (*Communication au* « XVIIIe Congrès allemand de chirurgie », *publiée in* Arch. fur klin. Chirurgie, 1889, *XXXIX*, 3, *p.* 537 (354). — 25 *ans.* — *Rétention d urine. Cathétérisme difficile et douloureux. Troubles de la défécation. Accroissement rapide de la tumeur. Cathétérisme devenu impossible. Taille hypogastrique. Mort — Sarcome.* — *Maladie* 9 *mois* 1 /2.

Dans ce cas, intéressant par son évolution extraordinairement ra-

pide, il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui souffrait d'un sarcome de la prostate.

La maladie avait débuté 9 semaines auparavant par de la rétention d'urine et un violent besoin d'aller à la selle. Le cathétérisme de la vessie ne réussit qu'avec une extrême difficulté et fut suivi de l'écoulement de sang.

Les garde-robes n'étaient possibles qu'avec des laxatifs et, chaque fois,elles s'accompagnaient de violentes douleurs. De temps à autre, la miction spontanée redevenait possible, mais le plus souvent il était nécessaire de sonder le malade.

Etat actuel.— Jeune homme se présentant dans un état pitoyable. Les organes internes ne semblent pas malades. La prostate est transformée en une tumeur dure, du volume d'une pomme, à double bosselure ; à son niveau, il est pour ainsi dire impossible de mobiliser la muqueuse rectale. Les urines sont sanguinolentes, alcalines, contenant de légères quantités d'albumine ; au microscope, on y découvre des masses de globules rouges et blancs et des cellules de différentes sortes. Le cathétérisme, qui s'exécute assez facilement avec la sonde de Mercier, est extrarodinairement douloureux ; la sonde dévie constamment à gauche. Pas d'adénopathie.

La marche ultérieure de l'affection a été on ne peut plus rapide. Pendant 3 semaines que le malade passa à la Clinique, on vit la tumeur s'accroître à vue d'œil ; le cathétérisme devint de jour en jour plus difficile et finalement impossible. On se décida alors à faire une boutonnière périnéale mais comme, même par cette plaie périnéale,il fut impossible de passer la sonde,on dut faire la taille hypogastrique qui permit d'introduire par en haut dans la vessie un drain qu'on fit ensuite ressortir par le périnée.

Le malade ne survécut que quelques jours à cette opération.

De l'*autopsie*, les détails suivants sont à retenir :

Les organes internes ne présentent en général rien de particulier. Le rein gauche est de grosseur moyenne, le bassinet et l'uretère sont peu dilatés, le rein droit est parsemé de nombreux petits abcès, son bassinet est dilaté et tapissé de sable urinaire, l'uretère atteint presque le diamètre du petit doigt. Les organes génitaux,la vessie et le rectum, qui sont enveloppés dans une masse néoplasique remplissant tout le petit bassin,sont extirpés en bloc.La paroi rectale présente une infiltration néoplasique totale sur une longueur de 10 à 12 cm. à partir de l'anus; elle a une épaisseur moyenne de 2 cm.

D'autre part, la néoplasie a gagné la paroi postérieure de la vessie qui est infiltrée presque jusqu'au sommet. Cette paroi a 1 à 2 cm. d'épaisseur, la muqueuse vésicale est gris-rosé recouverte sur toute son étendue de sable urinaire.

La prostate présente un lobe moyen du volume d'une noisette qui fait saillie dans la vessie, tandis que le reste de la glande est transformée en une masse néoplasique du volume du poing. En avant de la prostate on trouve plusieurs ulcérations anfractueuses (fausses routes).

L'*examen microscopique* confirma le diagnostic de sarcome.

Observation 23.

Socin et Burckhardt. (Loc. cit.) — 26 *ans.* — *Vomissements. Douleurs dans divers os et articulations. Marche pénible. Défécation douloureuse. Pas de troubles urinaires. Mort.* — *Rhabdomyome.* — *Maladie* : 5 *mois.*

Un mécanicien âgé de 26 ans, qui se sentait malade depuis le nouvel an, entra à l'hôpital de Richen le 25 février 1895. A cette époque, le principal symptôme qu'il accusait était des vomissements alimentaires survenant à chaque repas. Ces vomissements disparurent au bout de quelques jours ; des douleurs articulaires leur succédèrent, principalement dans les hanches et dans les genoux. Mais ces mêmes douleurs se produisaient également dans la cage thoracique lorsque le malade prenait le décubitus latéral. La marche est rendue tellement pénible que le malade garde constamment le lit. Puis surviennent des douleurs dans la région sacrée, et le malade remarque, dans les semaines qui suivent, l'apparition de nodosités douloureuses sur les côtes. Appétit modéré, nervosisme très grand. Depuis le début de la maladie, les selles sont extraordinairement dures et ne s'obtiennent qu'à l'aide de lavements.

Urines claires et abondantes. Souvent, pendant des journées entières, le malade a des palpitations avec des sensations d'angoisse.

A son entrée à l'hôpital civil de Bâle, le 2 mars 1895, le malade a un aspect extraordinairement pâle; il est fortement amaigri; la peau est sèche, flasque, jaunâtre. Le malade, à cause des fortes douleurs qu'il en ressent, ne peut se coucher sur le côté. L'exploration rectale n'est pas possible en raison de la trop grande sensibilité du patient. Vomissements continus. Fièvre. Pouls faible, très fréquent. Mort le 9 mai. Diagnostic : Anémie grave, sarcomatose de la moelle osseuse.

La tumeur prostatique obtenue à l'*autopsie* (autopsie 196, année 1895. Taille du sujet 174 cent., poids 48 k. 10) et conservée au musée anatomo-pathologique de Bâle a permis de constater les faits suivants :

La masse néoplasique, plus grosse dans son ensemble qu'un poing, de consistance ferme, d'aspect noduleux, fasciculé ou, au contraire, homogène charnu, d'une façon générale un peu transparente, de coloration gris-jaune blanchâtre, occupait la région de la prostate et remplissait le bassin, en s'élargissant vers le plancher pelvien et vers le détroit supérieur. A gauche, elle était fusionnée avec les os du bassin et les infiltrait notablement. Le lobe prostatique gauche, infitré, du volume d'une petite pomme, est complètement en continuité avec la tumeur, tandis que le lobe prostatique droit, qui est encore facilement reconnaissable et présente encore quelques points mous, normaux, est infiltré en haut en avant et en dehors sur une largeur d'un travers de doigt et n'est libre de masses néoplasiques que sur la circonférence postérieure. Il existe une infiltration du col vésical dans lequel font saillie des noyaux du volume d'un petit pois, dans les corps caverneux du pénis et dans le rectum. Au niveau de la paroi anté-

rieure de ce dernier, à un travers de doigt au-dessus de l'anus, fait saillie un noyau, du volume d'une cerise, qui fait corps avec la masse néoplasique ; ce noyau est adhérent à la sous-muqueuse, mais la muqueuse qui le recouvre est unie. Les deux vésicules séminales et la portion ampullaire des canaux déférents sont intactes. Les uretères affectent des deux côtés une disposition normale. Quelques noyaux aplatis, fermes, du volume d'une amande se trouvent sur le péritoine dans l'espace de Douglas.

Les ganglions rétropéritonéaux et mésentériques étaient infiltrés. Des métastases se trouvaient dans le foie, les poumons (où elles formaient des noyaux fermes, gris-blanchâtres, du volume d'un haricot, occupant le lobe inférieur gauche), dans la plèvre, la muqueuse gastrique, le corps thyroïde, la dure-mère (faces interne et externe) ainsi que dans de nombreux os.

En outre, il existait des métastases calcifiées dans les poumons et la dure-mère; celle-ci surtout était parsemée, sur une grand étendue, de taches blanches, opaques, très serrées.

Le diagnostic clinique avait été : anémie grave et sarcomatose de la moelle osseuse et, ce qui est très intéressant c'est que, dans ce cas, les métastases dans le système osseux s'étaient, au cours de l'évolution relativement courte de la maladie, tellement placées au premier plan, tandis que les troubles du côté de la vessie étaient nuls et qu'au contraire les troubles du côté du rectum existaient. Un tel envahissement presque général du squelette et qui se traduisait par des symptômes cliniques si marqués, sont chose fréquente dans le carcinome de la prostate, mais il n'a encore jamais été décrit dans les tumeurs malignes du tissu conjonctif.

Les os qui présentaient des métastases étaient : la voûte cranienne qui, sur la pièce macérée, présentait une demi-douzaine de pertes de substance ayant la forme de trous du volume d'un noyau de cerise, principalement au niveau du pariétal et de l'écaille de l'occipital ; le sternum sur la coupe duquel on pouvait voir de nombreux noyaux gris-blanchâtres, assez ternes ; le fémur droit, qui possédait dans la moitié supérieure de la diaphyse des noyaux assez fermes, un peu irréguliers, de couleur gris blanchâtre ; l'humérus droit, dont la tête et la moitié supérieure de la diaphyse étaient infiltrées ; enfin les 6 vertèbres dorsales inférieures et les premières lombaires, qui étaient également le siège d'une infiltration néoplasique diffuse.

Microscopiquement, la tumeur présentait en bien des points une grande ressemblance avec le rhabdomyome du petit garçon de 4 ans. C'était notamment le cas dans les points ou des cellules fusiformes, de longueur et d'épaisseur variables, mais le plus souvent modérées et régulières, formaient de grands complexus affectant une disposition fasciculée (fig. 13). On retrouvait encore une ressemblance avec les images microscopiques du cas cité plus haut dans certains points où prédominaient des cellules arrondies ou anguleuses, de grandeur différente, souvent entourées d'un réticulum fibreux finement fibrillaire; dans les points où existaient des formes de passage avec les cellules

fusiformes disposées en masses serrées ; enfin, çà et là, où il existait des points manifestement myxomateux. Mais ce qu'on ne voyait pas sur les préparations du cas précédent (1), c'est cet extraordinaire développement du tissu conjonctif qu'on rencontre ici, et qui forme en de nombreux points de larges traînées parcourant la préparation ; c'est, d'autre part, la présence d'éléments musculaires très visibles et, en partie si nettement différenciés qu'il en résulte des groupes cellulaires et même des faisceaux complets d'une vingtaine de fibres et davantage ; ça et là quelques fibres isolées croisent la direction générale du fasciculum.

Si, déjà à un faible grossissement, on peut noter de grandes inégalités des fibres parfois agglomérées en faisceaux, leur épaisseur variable,

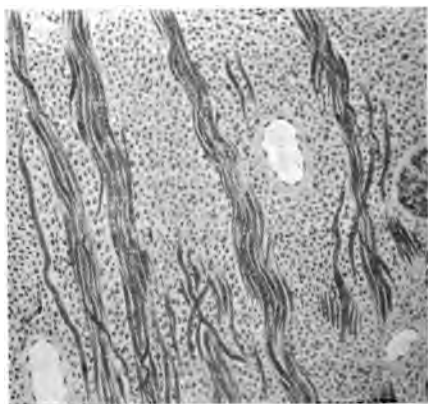


Fig. 13. — Rhabdomyome de la prostate provenant d'un homme de 26 ans. Coupe vue à un grossissement de 90 (Socin et Burckhardt fig. 128).

On note sur cette coupe la présence d'éléments musculaires très nets qui, groupés en faisceaux réguliers dans la partie gauche de la figure, se trouvent légèrement dissociés dans la partie droite où l'on aperçoit, d'autre part, un faisceau coupé transversalement.

mais généralement minime, l'inégale division des noyaux, enfin leur coloration, ces constatations sont encore plus nettes à un fort grossissement : ici nous retrouverons des formes en filaments ou en bandes, avec leur striation longitudinale et souvent aussi partiellement transversale (fig. 14), cette dernière étant beaucoup plus marquée ici que dans les deux cas précédents (2). Dans maintes préparations, nous avons trouvé des fibres musculaires, surtout celles qui étaient longues,

(1) Voir observation 9.
(2) Voir observations 9 et 23.

larges et isolées, avec une striation transversale assez complète et régulière, telle que nous ne l'avons pas rencontré dans aucun de nos deux cas de rhabdomyome chez les enfants. On aperçoit, sur quelques fibres, des régions transparentes transversalement placées, qui rappellent la dégénérescence cireuse. En dehors des fibres et des bandes, on voit également entre celles-ci de ces grosses cellules et masses protoplasmiques arrondies que nous connaissons déjà. Enfin il est facile



Fig. 14.– Rhabdomyome de la prostate. — Détail d'un des faisceaux musculaires de la fig. 128. Gross. 250 (Socin et Burckhardt, fig. 129).
La plus grande partie de ce faisceau est constituée par des formations cellulaires en filaments ou en bandes striées longitudinalement et, souvent aussi, transversalement. Par places, on voit, entre ces formations allongées, de grosses cellules et masses protoplasmiques arrondies.

de trouver des régions où des cellules rondes et fusiformes, sans contours bien précis, se transforment en fibres.

Observation 24.

Coupland. *Lymphoma* (*lympho-sarcoma*) *of the prostate*; *secundary nodules in pancreas and suprarenal capsule.* (Transact of the pathol.

Soc. of London, *vol.* 28, 1877, *p.* 179.) — 29 *ans.* — *Cystite. Rétention d'urine. Cathétérisme. Une hématurie abondante. Diarrhée. Mort.* — *Lymphosarcome.* — *Maladie* : 5 *mois.*

Henri E..., 29 ans, agent de police, entre à l'hôpital de Middlessex, le 22 septembre 1876. Il exerçait sa profession depuis 8 ans, et en 1872, a eu une hémorragie compliquée d'orchite. Vers la même époque, il a eu également un chancre, mais n'ayant présenté aucun signe de syphilis. Il est sujet à de fréquentes crises de catarrhe bronchique. Marié en 1873, il a eu 2 enfants morts tous deux dans leur enfance, d'athrepsie. La maladie actuelle a fait son apparition 3 mois avant l'entrée à l'hôpital, par une attaque de cystite consécutive à un excès et s'accompagnant de rétention d'urine qui nécessita l'emploi de la sonde. Il fut traité par des opiacés et des bains chauds. Pendant dix jours, on dut se servir de temps en temps de la sonde, ce qui donna lieu une fois à une hémorragie considérable. C'est la seule fois que le malade perdit du sang par l'urètre d'une façon notable. Il entra ensuite à l'hôpital où il fut soigné pendant 17 jours pour un rétrécissement spasmodique. L'urine était à ce moment très épaisse : elle contenait du mucus filant et présentait un dépôt phosphatique considérable. Depuis, les troubles n'ont fait que s'aggraver, les forces déclinant rapidement.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme grand, bien taillé, mais émacié et avec un teint terreux. Tous les troubles dont il se plaint paraissent siéger au niveau de la vessie. Il éprouve un besoin constant d'uriner et quelques gouttes seulement sont émises à chaque tentative qui nécessite un effort violent et donne lieu à des douleurs épigastriques.

L'urine contient un abondant dépôt de pus avec du mucus et une petite quantité de phosphate. Il éprouve une douleur au niveau du gland et on songe à la présence d'un calcul dans la vessie. On le sonde très soigneusement à 2 ou 3 reprises : avant d'entrer dans la vessie, il est nécessaire d'abaisser le pavillon de la sonde plus que de coutume entre les cuisses. Chaque fois on croit sentir des calculs dans la vessie. Le toucher rectal, très douloureux, permet de sentir une prostate uniformément hypertrophiée, lisse, ferme. On met en œuvre un traitement palliatif. Quinze jours environ après son entrée, il eut une crise de fièvre avec frissons fréquents, nausées, douleurs lombaires. Ces phénomènes aigus s'amendèrent, mais les troubles vésicaux ne furent qu'imparfaitement soulagés par l'emploi de suppositoires belladonés.

Le seul trouble intestinal de quelque importance fut une diarrhée assez rebelle et qui fut enrayée par le sulfate de cuivre associé à l'opium. Vers la fin, l'irritation vésicale et le ténesme s'amendèrent ; mais le malade s'affaiblit rapidement, tomba dans le demi-coma et succomba 54 jours après son entrée à l'hôpital.

Voici les détails de l'*autopsie* pratiquée 14 heures après la mort. Le corps est très amaigri et les parois abdominales rétractées. Les intestins, ratatinés et vides, sont refoulés vers la colonne vertébrale et

plusieurs circonvolutions iléales emplissent le bassin : à ce niveau, on note 5 invaginations produites au moment de la mort. Les vaisseaux mésentériques sont pleins de sang ; les ganglions lymphatiques ne sont pas hypertrophiés. Foie normal.

Le pancréas est anormalement dur : ses lobules sont bien marqués et saillants, par suite d'une abondance excessive de stroma, si bien que l'aspect des coupes est grossièrement granuleux. En un point correspondant à l'union de la tête avec le corps du pancréas, la substance glandulaire normale est remplacée par un nodule translucide, du volume d'une aveline, avec des bords mal définis, une consistance charnue, une couleur jaune pâle. L'examen microscopique du pancréas confirme les apparences macroscopiques. Il y a bien un accroissement du tissu fibreux interlobulaire dans le voisinage du néoplasme ; des lésions absolument comparables à celles de la cirrhose hépatique sont très marquées, de larges faisceaux de fibres forment un réseau grossier contenant de nombreux petits noyaux et enserrant les lobules.

Le stroma interlobulaire est également très marqué surtout là o des groupes de cellules sphériques formant les acini ont disparu.

Le noyau lui-même se compose de petites cellules rondes, nucléées, mesurant environ 1/120 de millimètre ; près des bords de la coupe, on les voit se continuant avec les mailles d'un fin réticulum adénoïde dont les noyaux aux points nodaux sont tantôt présents, tantôt absents. A la périphérie du noyau, il persiste des traces d'acini séparés par des infiltrations de masses cellulaires de nouvelle formation.

La rate est molle, mais sans lésion.

La capsule surrénale droite a environ 2 fois son volume et son épaisseur normales, la forme générale de l'organe est conservée. Elle est de consistance charnue et, sur une coupe, on ne peut distinguer la substance médullaire de la substance corticale. La totalité de l'organe est uniformément infiltrée par une substance blanc-jaunâtre demi-transparente. Au microscope, seuls les restes atrophiés de quelques cellules colunnaires normales persistent, le tissu normal étant remplacé par du tissu de nouvelle formation ayant les caractères de celui déjà trouvé dans le pancréas. La seule différence, c'est que les cellules sont peut-être moins arrondies, plus déformées, mais la nature lymphoïde de la tumeur, caractérisée par le réticulum, est beaucoup plus marquée. Elle est encore traversée par des vaisseaux entre lesquels le fin tissu fibrillaire est réparti. Les vaisseaux et les débris du stroma normal ont surtout une disposition partielle et longitudinale qui fait contraste avec la disposition beaucoup plus irrégulière des éléments de la tumeur pancréatique.

Capsule surrénale gauche normale.

Le rein droit adhère fortement aux tissus voisins : sa capsule est fibreuse et résistante et même cartilagineuse par endroits ; on ne peut la séparer des tissus périnéphrétiques, de sorte qu'on est obligé d'énucléer le rein, ce qui lui laisse une surface très irrégulière.

Par endroits, le rein est ramolli et déchiré; ailleurs il présente des taches saillantes et des zones contenant du pus. A la section, la tota-

lité de l'organe se montre molle et flasque ; il existe de nombreux abcès dans la zone corticale et des bandes opaques jaunâtres, purulentes, striant la substance pyramidale. Outre ces zones de suppuration, il existe des masses molles, circonscrites, blanchâtres, impossibles à distinguer des zones d'infiltration leucocytaire qui envahissent la substance interstitielle de tout l'organe. Le bassinet est enflammé et contient quelques gouttes d'urine trouble, mais il n'est pas dilaté, pas plus que l'uretère.

Le rein gauche est en tous points semblable à son congénère.

La vessie ressemble à un petit cône à base plus large que n'est haut son axe vertical. Sa paroi présente une épaisseur de 12 m/m et sa cavité est tellement réduite qu'elle contiendrait avec peine une noix. Elle renferme de l'urine trouble et quelques concrétions phosphatiques ; la muqueuse est de couleur ardoisée.

La base de la vessie est occupée par une masse ferme, charnue, continue avec la prostate, et faisant saillie dans la vessie au dessous-des orifices urétéraux. La totalité de la prostate est le siège d'un néoplasme. Le col de la vessie et l'urètre prostatique sont entourés par une tumeur ovoïde, mesurant 20 cent. dans sa plus grande largeur, son petit axe étant de 9 cent. Le canal de l'urètre est perméable, mais considérablement réduit par la tumeur qui est charnue, demi-transparente et ne possédant pas ce caractère dur et fibreux de l'hypertrophie prostatique simple. L'extrémité supérieure de la tumeur, celle qui fait saillie dans la cavité vésicale, présente une surface irrégulière, polypoïde qui, à droite, est surmontée par une plaque de nécrose large comme une pièce de 50 cent., villeuse et molle. Au-dessous, la tumeur se continue avec la prostate. De plus, à l'ouverture de la tumeur sur la ligne médiane, l'urètre étant incisé le long de sa paroi antérieure, on voit que la tumeur est plus développée à gauche qu'à droite. La vésicule séminale droite est grosse, tuméfiée. La gauche est enlisée dans la capsule de la tumeur prostatique.

Testicules et épididymes normaux.

Il n'y a aucune hypertrophie ni infiltration apparente des ganglions pelviens ou inguinaux.

Les organes thoraciques sont sains.

L'*examen microscopique* de la prostate montre que la totalité de l'organe est infiltré par un néoplasme semblable aux tumeurs du pancréas et de la capsule surrénale droite, mais le développement en est beaucoup plus marqué. Dans les portions examinées, prises au niveau de la partie antérieure de la masse, on ne peut voir ni la trace de la structure ni les faisceaux musculaires de l'organe normal. Sur une coupe, on voit une infiltration uniforme de cellules rondes et polyédriques ; par endroits, des cellules fusiformes disposées sur une seule ligne représentent les noyaux des fibres musculaires dont il persiste des traces très espacées. Ces fibres musculaires paraissent plus abondantes autour des vaisseaux sanguins, mais il ne reste aucune trace des glandes tubulées. Cette coupe ne montre pas cette disposition qui m'a décidé à faire de la tumeur un lymphosarcome, car les parties en ap-

parence envahies peuvent se résoudre par le pinceautage en un réticulum fibrillaire fin, caractéristique du tissu lymphoïde (par endroit, on voit ce qui paraît être des noyaux, aux points nodaux). Ce caractère était très marqué sur les coupes pratiquées à l'état frais et sur celles conservées dans un liquide durcissant : mais, à cause de l'abondance des éléments cellulaires, cette disposition ne pouvait se voir avec netteté que sur les bords de la coupe, sauf après pinceautage soigné. Les petites cellules lymphoïdes rondes mesurent environ 1 /120 de m /m. de diamètre, le fin reticulum s'appuie sur des bandes plus solides, la plupart homogènes représentant le reste des vaisseaux capillaires.

Rapport du comité anatomo-pathologique. — « Nous avons examiné des coupes de la tumeur et nous approuvons la description de M. Coupland. La tumeur se compose de cellules rondes ayant le caractère de leucocytes, ayant le stroma réticulé semblable à celui d'un ganglion lymphatique ; nous n'avons pu cependant trouver de noyaux aux points nodaux. »

Observation 25.

Hughes. *Sarcoma of the prostate gland.* (*Présentation à la* « Pathol. Soc. of Philadelphia », *in* Philadelphia med. Times, 16 *déc.*, 3882, *vol. XII, p.* 205). — 35 *ans.* — *Rétention d'urine, après difficulté de la miction. Cathétérisme impossible. Ponction sus-pubienne. Tumeur remontant à l'ombilic. Taille périnéale. Péritonite. Mort.* — *Sarcome globo-cellulaire.*

W. G..., 35 ans entre à University Hopital, dans le service du docteur Wharton, pour une rétention d'urine.

Avant son entrée, on a fait de nombreuses tentatives pour vider la vessie au moyen de la sonde.

A son entrée, le malade se plaint d'une vive douleur dans la région hypogastrique où l'on sent une tumeur ovoïde, lisse, remontant presque jusqu'au niveau de l'ombilic.

Il a eu une blennorragie quelques années auparavant. Il s'était produit un rétrécissement qui avait été traité par le passage de béniqués. Depuis plus d'un an, le malade se plaint parfois de mictions difficiles. L'urine n'a jamais été sanguinolente et la miction est souvent très douloureuse. Il est impossible de faire pénétrer une sonde dans la vessie à cause des nombreuses fausses routes. Le toucher rectal révèle une prostate lisse, arrondie et très hypertrophiée.

Le malade fut mis au lit et on prescrivit des suppositoires de belladone et d'opium et un cataplasme chaud sur l'abdomen. Ce traitement le soulagea presque aussitôt, et la miction devient plus facile. Pendant quelques jours, tout alla bien ; mais les mictions difficiles réapparurent bientôt. et le 5e jour, après son entrée, les symptômes étaient si presssants qu'on jugea utile de recommencer les tentatives de cathétérisme. On essaya alors d'aspirer le contenu vésical par une ponction suspubienne mais on ne retira qu'une petite quantité de sang. L'introduc-

tion d'une canule donna l'impression qu'on pénétrait dans un corps solide ; une palpation attentive montra qu'en effet il y avait un corps solide occupant en apparence toute la cavité vésicale. On décida alors d'inciser l'urètre à la base de la vessie, par le périnée .On fit l'opération de Cock. La brèche laissa échapper une petite quantité d'urine. Puis le malade parut aller mieux jusqu'au 9e jour après l'opération où une péritonite se déclara. La mort survint le lendemain.

Autopsie. — Deux heures après la mort, à l'ouverture du ventre, on trouve un liquide purulent, épais, jaunâtre ayant une odeur urineuse. Les anses intestinales sont réunies par des adhérences récentes. Par endroits, l'épiploon adhère à l'intestin, il contient de nombreuses masses nodulaires irrégulières dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule. Sur une coupe, ces masses présentent une couleur jaunâtre. Dans la partie inférieure de la cavité abdominale, se trouve une volumineuse tumeur de forme irrégulière, adhérente à l'intestin grêle, au côlon, à l'épiploon et aux parois pelviennes. Une dissection soigneuse montre que la tumeur a son origine dans la prostate. Sur une coupe, elle présente par endroits les caractéristiques du sarcome ; ailleurs, celles de l'encéphaloïde.

On voit encore de grosses cavités à parois rouges, anfractueuses, et dont la cavité est remplie d'un liquide semblable à celui qu'on a déjà rencontré dans la cavité abdominale, bien qu'on ne puisse trouver aucune communication entre elle et ces cavernes. On ne trouve pas trace de la prostate normale ni des vésicules séminales.

La vessie,qui contient quelques onces d'urine,est située au-dessus et en avant de la tumeur ; sa limite supérieure atteint presque le niveau de l'ombilic. La paroi antérieure paraît normale.La paroi postérieure, qui repose sur la tumeur, est épaissie, rouge, veloutée.

Les uretères sont normaux, et leurs orifices occupent leur situation normale. L'urètre, dans sa partie visible, court le long de la face antérieure de la tumeur sans être englobé par elle. Le poids du néoplasme est de 2.325 grammes. Les reins, l'estomac, les poumons, les intestins sont normaux. Le péritoine et les capsules du foie et de la rate contiennent plusieurs dépôts secondaires. Le cerveau n'est pas examiné.

L'*examen microscopique* montre qu'il s'agit d'un sarcome typique à cellules rondes. Les métastases sont semblables à la tumeur principale. La sous-muqueuse et la muqueuse de la vessie sont quelque peu infiltrées.Les dépôts au niveau des capsules hépatique et splénique avaient commencé à pénétrer dans ces organes.

Observation 26.

Kapsammer. *Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren* (Wiener Klin. Woch., 1903, *n*o 5). — 40 *ans.* — *Mictions difficiles. Rétention d'urine. Cathétérisme. Cystite. Hématuries. Mort.* — *Sarcome enchondromateux.* — *Maladie* : 9 *mois.*

A. S. âgé de 40 ans, n'a eu ni la syphilis, ni la blennorragie. Est marié depuis 2 ans et pratique les rapports sexuels régulièrement « sans

accrocs » ; sa femme n'a jamais été enceinte. Les premiers troubles sont apparus chez lui au début d'avril 1901 : il était obligé de pousser longuement avant que le premier jet d'urine n'apparût ; l'urine était claire. Après des excès alcooliques, une nuit, celle du 8 au 9 juin, cet homme fut pris de rétention complète. Le matin du 9 juin, un médecin lui retira par le cathétérisme environ 2 litres d'urine.

Dans l'impossibilité d'uriner, le malade se sonda lui-même à plusieurs reprises et il se présente au service de la consultation externe le 11 juillet.

L'urine retirée par la sonde était trouble, de réaction acide,et contenait du pus, des bactéries et de l'albumine correspondant à sa teneur en pus ; la prostate était petite et ses deux lobes d'apparence normale ; la pression, qui n'était pas douloureuse, ne faisait sourdre aucune sécrétion au niveau de l'orifice externe de l'urètre.

Diagnostic : rétention complète d'urine, cystite consécutive au cathétérisme.

On ne peut trouver aucune raison à la rétention d'urine. Le patient se sonde lui-même plusieurs fois par jour et se fait des lavages de la vessie.

La rétention complète d'urine dura 4 semaines. Puis le malade put de nouveau uriner spontanément, par moments et par très petites quantités à la fois ; mais, malgré cela, il dut continuer à se sonder.

Le résidu vésical était en moyenne de 300 cc. Les 4 semaines écoulées, on put constater que la prostate n'avait encore subi qu'une augmentation de volume insignifiante ; cependant la pression à son niveau était toujours indolore et ne provoquait l'issue d'aucune sécrétion.Ce n'est qu'après 4 nouvelles semaines qu'il fut possible, par moments, d'obtenir, par le massage de la prostate, une sécrétion catarrhale.

Le 24 août, deux mois et demi après le début de la maladie, le malade fut admis à l'hôpital.

Il existait une cystite purulente. La prostate était notablement hypertrophiée, de forme irrégulière, le lobe droit bosselé et dur, ayant le volume d'un œuf de poule; le lobe gauche,plus mollase, était hypertrophié régulièrement. La pression de la glande, qui est légèrement douloureuse, donne lieu à l'écoulement par l'urètre de quelques gouttes de pus teinté de sang. Le malade est pris d'une nouvelle crise de rétention complète d'urine.

Le traitement consista principalement en lavages de l'urètre prostatique et de la vessie. La tumeur prostatique augmenta rapidement de volume et sa portion droite, bosselée, devint molle et dépressible.

Le 7 septembre, le patient évacua pour la première fois par l'urètre, après avoir retiré par la sonde, un lambeau de tissu dont l'examen histologique révéla la nature sarcomateuse. Dans la suite, le malade fut pris de fréquentes et abondantes hémorragies qui le plus souvent s'accompagnaient de l'élimination de fragments de tissus parfois assez importants.

Au cystoscope on constatait des lésions de cystite et, au niveau du repli inférieur, une forte saillie.

Il s'agissait, par conséquent, d'un néoplasme de la prostate qui, pendant 4 semaines, et alors que le toucher rectal ne révélait pas encore la moindre lésion, avait donné lieu à une rétention d'urine continue.

En outre, par suite des cathétérismes répétés que le malade s'était faits lui-même, il était survenu une prostatite.

Toute intervention opératoire fut repoussée par le malade qui avait d'ailleurs excellent appétit et non moins bon aspect.

Dans le cours de la maladie, les constatations fournies par le toucher rectal se modifièrent à deux reprises, d'une façon notable.

Etat actuel (7 octobre). A la place de la prostate, une tumeur dure, presque hémisphérique, s'allonge de chaque côté, jusqu'au pubis ; son sommet est inacessible au doigt. Douleurs violentes, parésie intestinale.

Dans le courant d'octobre, se produisent des hématuries abondantes et répétées avec élimination de grandes quantités de débris de tissus. Certains de ces débris atteignent, à l'état frais, une longueur de 3 centimètres et une largeur de près de 2 centimètres. Leur élimination donne lieu à de l'obstruction de l'urètre avec contracture vésicale consécutive.

Les parcelles sarcomateuses expulsées par l'urètre remplissent, une fois durcies, un flacon de 85 centimètres cubes.

Toucher rectal, le 3 novembre : la prostate a diminué de volume dans toute son étendue, mais surtout à gauche ; à droite, elle se laisse déprimer en plusieurs points et présente une légère fluctuation.

Cet examen donne issue à un pus sanieux s'écoulant par l'urètre. Vives douleurs dans la région sacrée et dans la région inguinale droite ; dans cette même région, il existe de l'empâtement et de la sensibilité à la pression. Parésie du membre inférieur droit. Fièvre continue. Affaiblissement rapide.

Le 15 décembre 1901. Mort.

Autopsie (Pr Albrecht). — Sarcome de la prostate en voie de putréfaction, avec infiltration de la portion prostatique de l'urètre et irruption du néoplasme dans ce canal. Abcès paravésical droit, plus gros qu'un poing d'homme, s'étendant jusqu'au-dessus de l'os coxal droit et se prolongeant le long de la colonne vertébrale jusqu'au delà du rein droit. Pyolénéphrite suppurée droite. Métastases nombreuses dans les poumons, atrophie du myocarde. Mégalosplénie chronique. Goitre colloïde.

L'*examen histologique* des fragments de tissus néoplasiques expulsés par la vessie montra qu'on avait affaire à un sarcome globo-cellulaire à petites cellules, mélangées à de nombreux îlots de cartilage hyalin. Le néoplasme mériterait donc d'être désigné sous le nom de sarcome enchondromateux.

Observation 27

Lévy (R.). *Ueber einen Fall von primären Bindesubstanz-Tumor der Prostata.* (Inaug. Dissert., *Freiburg-in-Brisgau,* 1889). — *45 ans.* —

Défécation douloureuse . Hémorragies rectales fréquentes. Constipation. Tumeur ayant fait irruption dans le rectum. Troubles urinaires tardifs et peu marqués. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : 5 *ans.*

L'histoire du malade en question a pu être suivie pendant une période de 5 années.

C'est en 1895, en effet, que cet homme se présenta pour la première fois à la Clinique chirurgicale de Fribourg, âgé de 45 ans, très amaigri et pâle; il raconta que depuis 5 ans il éprouvait de vives souffrances en allant à la garde-robe et que souvent il rendait des matières mélangées de sang. Une opération pratiquée l'année précédente ne lui avait apporté aucun soulagement.

Depuis cette époque, le malade se présente presque tous les ans à l'hôpital. Aussitôt que son état s'est un peu amélioré, il quitte le service ; chaque fois qu'on lui propose une opération, il s'y refuse.

Parmi les symptômes capitaux de la maladie, il faut signaler des hémorragies rectales sérieuses survenant de temps en temps et qui poussent le malade à venir demander secours à la médecine. Ce sont encore une constipation très accentuée et opiniâtre, des douleurs de la défécation, des douleurs spontanées aussi dans la cuisse droite, puis dans la cuisse gauche.

A l'exploration digitale du rectum, on découvre, à environ 4 à 5 centimètres au-dessus de l'orifice, une masse néoplasique irrégulière, bosselée, peu mobilisable, occupant la région de la prostate ; il est impossible d'atteindre la limite supérieure de la tumeur. La paroi postérieure du rectum est libre. La palpation de la tumeur provoque d'ailleurs une forte hémorragie.

Une exploration rectale, pratiquée 8 mois plus tard, permet de constater que la paroi postérieure du rectum est toujours intacte ; la paroi antérieure est occupée, dans la région prostatique, par une tumeur solide, dure, à large implantation et à prolongements polypeux dont plusieurs, dépassant le volume d'une noix, font saillie dans la lumière du rectum.

Il est à noter que les symptômes vésicaux étaient rares et n'ont apparu qu'à une période relativement tardive ; le cathétérisme s'exécutait d'ailleurs sans difficulté.

La mort survint le 20 janvier 1899, au milieu de troubles de plus en plus accentués de la défécation et d'un affaiblissement progressif.

Diagnostic clinique : Tumeur maligne intra-rectale.

Protocole d'autopsie du 21 janvier 1899. (Institut pathologique de Fribourg.)

Du petit bassin on voit saillir une volumineuse tumeur arrondie, dure, qui semble avoir son point d'implantation sur la paroi postérieure de la vessie.

Du côté du poumon droit, la plèvre présente, au niveau du lobe supérieur, un épaississement floconneux de la largeur d'une paume de main. Œdème étendu.

Au niveau d'une adhérence du lobe hépatique gauche avec la paroi

abdominale, on aperçoit, après ablation de l'épiploon, une nodosité du volume d'une pomme faisant une saillie hémisphérique sur la surface hépatique. A la surface du lobe droit, apparaît un nodule semblable, déprimé en son centre. Enfin, sur la face diaphragmatique du foie, il existe plusieurs autres nodules du même ordre, mais plus petits.

La rate est augmentée de volume ; pulpe gris rosé. Les follicules sont difficiles à distinguer.

La portion terminale de l'intestin grêle adhère à la grosse tumeur signalée au début; rien d'anormal au voisinage de l'appendice vermiforme. L'intestin, sorti du ventre, n'offre en aucun point, à la palpation, des indurations néoplasiques. L'estomac ne contient, outre des gaz, que très peu de liquide ; sa muqueuse est pâle.

Le foie est fortement hypertrophié et renferme de très nombreuses tumeurs dont le diamètre atteint de 1 à 8 centimètres.

Ces noyaux ont une coloration blanche ou blanc rosé, une consistance ferme, une texture fibreuse. Quelques-uns renferment des cavernes de désagrégations à parois déchiquetées, à contenance liquide et trouble. La plus grosse tumeur est complètement ramollie par suite de suffusions hémorragiques.

Les deux reins sont pâles, anémiques, leur capsule est friable; aucune dilatation des bassinets ni des uretères.

La volumineuse tumeur, signalée au début, remplit complètement le petit bassin, faisant au-dessus de la symphyse une saillie de plus d'un travers de main ; elle adhère en arrière au rectum. Dans les tentatives faites pour l'amener au dehors, on éprouve énormément de difficultés à glisser les doigts dans le bassin. La tumeur se laisse cependant décoller de la paroi osseuse; une fois la tumeur sortie de la cavité pelvienne, on aperçoit qu'elle est implantée par sa face antérieure sur la vessie. Il est absolument impossible de mobiliser la tumeur sur la vessie; cependant la paroi vésicale est intacte et recouverte d'une muqueuse absolument normale.

Les uretères partent de la tumeur mais ne sont comprimés en aucun point.

Le rectum fendu de bas en haut, on aperçoit sur la paroi antérieure, à 4 centimètres au-dessus de l'anus, une énorme ulcération atteignant 7 à 8 centimètres de diamètre; cette ulcération, en forme d'entonnoir, possède des bords bosselés, polypeux; son fond est également parsemé de saillies polypeuse. En avant et sur les côtés, la paroi rectale est complètement détruite. Les masses polypeuses bosselées qui font saillie de la profondeur proviennent de la grosse tumeur incluse entre le rectum et la vessie.

Cette tumeur occupe, d'après sa situation, la place de la prostate, mais elle s'est exclusivement développée en arrière.

La tumeur est formée de masses blanchâtres de consistance ferme, agglomérées et séparées par des sillons; son diamètre moyen atteint 10 centimètres.

Au centre de la tumeur existe un canal de 3 m/m de diamètre d'où s'écoule du pus; ce canal s'étend jusqu'au sommet de la tumeur

et s'ouvre par en bas dans le rectum. Une coupe transversale, pratiquée au niveau du sommet de la tumeur, révèle l'existence, à ce niveau, d'une cavité purulente assez grande, atteignant 3 centimètres de diamètre. Le péritoine qui recouvre la tumeur a subi un épaississement lardacé.

Diagnostic d'autopsie. — Sarcome de la prostate avec métastases hépatiques, anémie générale, dégénérescence graisseuse du cœur, œdème pulmonaire. Les viscères pelviens et le foie, pour pouvoir faire l'objet de recherches plus précises, furent durcis à la formaline puis placés dans l'alcool. L'examen anatomo-pathologique fut fait par le professeur Ziegler.

Examen microscopique. — La prostate et les vésicules séminales sont transformées en une tumeur atteignant le volume d'une tête d'enfant et mesurant 10 cent. de largeur, autant d'épaisseur et 17 cent. de hauteur ; cette tumeur s'est étendue par en haut dans l'espace vésico-rectal, refoulant le péritoine sans le perforer.

Le néoplasme comprend également la portion pré-urétrale de la glande. Il est entièrement enveloppé par une capsule dont l'épaisseur atteint jusqu'à 2 cm. A la coupe, il apparaît d'une coloration blanc grisâtre, claire, blanc brillant par endroits, gris rosé en d'autres. La masse tout entière est parcourue par de grosses travées qui lui donnent un aspect lobulé.

Au sommet de la tumeur on aperçoit, après qu'on a pratiqué une coupe à ce niveau, une cavité du volume d'une petite pomme, ayant environ 3 cent. de diamètre, dont les parois sont rugueuses et agglutinées, faisant dans l'intérieur de la caverne des saillies irrégulières. Cette cavité communique avec un canal de 3 m/m. de diamètre environ qui parcourt la tumeur dans sa partie centrale et affecte un trajet courbe, en ce sens que, dans les 2/3 supérieurs de la tumeur, le canal se dirige d'arrière en avant et de droite à gauche et qu'ensuite, se recourbant en arrière, il vient aboutir dans l'ulcère décrit plus haut, à 4 cent. au-dessus de l'anus. La consistance de la tumeur est ferme.

Tandis qu'en 1896, s'appuyant sur l'examen microscopique minutieux de particules néoplasiques, on avait porté le diagnostic clinique de sarcome et que l'examen macroscopique, au cours de l'autopsie semblait confirmer ce diagnostic, de nouveaux examens microscopiques plus approfondis de la tumeur ont mis en doute l'exactitude de ce diagnostic. Les images histologiques observées sont, en effet, de telle sorte qu'il apparaît presque impossible de dire s'il s'agit d'un myome ou d'un sarcome. Je donne ci-dessous la description exacte des préparations microscopiques telle qu'elle a été faite par le prof. von Kahlden.

Examen microscopique. — Quatre fragments de la tumeur ont été soumis à l'examen, dont deux provenant de la portion périphérique sous capsulaire et deux du vosinage de la grande cavité centrale.

La masse principale de la tumeur présente, dans les portions prélevées sous la capsule, une structure absolument homogène; elle est formée de longues cellules fusiformes à noyaux également et nettement fusiformes, lesquelles cellules ressemblent par leurs dimensions absolument à des cellules musculaires lisses. Plusieurs de ces cellules sont à

peu près aussi volumineuses que des cellules de fibro-myomes utérins ; d'autres sont un peu plus petites. Ce qui frappe, d'autre part, c'est la disposition en faisceaux, affectée par ces cellules fusiformes. C'est pour cela qu'on rencontre, alternant assez régulièrement les uns avec les autres, des faisceaux les uns coupés transversalement, les autres coupés en long. Dans les premiers, les noyaux apparaissent tantôt arrondis, tantôt un peu anguleux ; le corps protoplasmique des cellules est souvent également un peu anguleux. L'image qui en résulte est tout à fait semblable à celle que présente, par exemple, la coupe d'un myome utérin typique.

Au sein de la tumeur elle-même, les vaisseaux sanguins sont rares. Là où ces vaisseaux existent, ils sont assez volumineux, et, lorsque leur lumière est très large, ils n'ont pour ainsi dire pas de paroi différenciée, en sorte qu'à ce point de vue ils se rapprochent plutôt des vaisseaux contenus dans les sarcomes.

En d'autre régions de la capsule, on trouve également des vaisseaux possédant une paroi nettement reconnaissable et, en particulier, une adventice bien développée. Çà et là, on note une nécrose commençante du tissu néoplasique.

Outre les vaisseaux sanguins, on découvre encore, dans certaines travées, un nombre relativement considérable de vaisseaux lymphatiques larges, à endothélium formé d'une seule couche cellulaire et d'un détritus diffus de coloration gris bleuâtre.

Dans la capsule, ainsi que dans les grosses travées conjonctives, on note encore la présence d'amas circonscrits de cellules rondes, de coloration bleu foncé, avec des noyaux également colorés en bleu foncé. Le plus souvent, le noyau est unique, mais il montre aussi des cellules avec noyau à prolongement, ainsi que des cellules polynucléées. Dans les fentes existant entre les fibrilles conjonctives de la capsule, on trouve encore des cellules rondes, en moins grand nombre toutefois, et ne remplissant pas complètement ces fentes ou cavités préformées. Le noyau de ces cellules est également le plus souvent de coloration foncée ; toutefois on en rencontre qui ont une teinte plus pâle. De même que dans la capsule, on rencontre encore dans les grosses travées conjonctives de ces amas de cellules reondes.

Les mêmes constatations que ci-dessus ont été faites dans le deuxième fragment de tumeur prélevé au voisinage de la capsule, mais ici on trouve, en outre, dans certains fentes des travées, des amas de cocci.

Observation 28.

Burckhardt. *Zur Kasuistik und Therapie des Prostatasarkoms* (Centralblatt für die Krankeiten der Harn-und Sexualorgane, 1894, *t. V*, 3, *p.* 152-157.) — 50 *ans.* — *Constipation opiniâtre. Tumeur rectale. Urètre libre. Prostatectomie périnéale. Guérison se maintenant* 2 *ans après l'opération.*) — *Angio-sarcome.*

Prêtre de 50 ans, entré le 13 février 1892, à la Clinique chirurgi-

cale privée dirigée par le prof. Socin et par moi. Il n'a aucune tare héréditaire ; il ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie antérieure, en particulier aucune maladie sexuelle. Depuis octobre 1891, il se plaint d'une constipation opiniâtre qui résiste aux laxatifs. Les matières affectent une forme rubanée large; jamais elles n'ont contenu de sang.

Fin décembre 1891, le médecin traitant constata une tumeur rectale, du volume d'un œuf. Il n'y avait aucun phénomène anormal dans la miction ni dans les urines.

Etat actuel. — A son entrée, ce malade, pâle et amaigri, présente les particularités suivantes :

Les organes génitaux sont normaux, à l'exception d'une étroitesse notable du méat urinaire. Au niveau de l'anus, il existe quelques bourrelets hémorroïdaux externes. A l'exploration digitale du rectum, le doigt vient buter contre une tumeur située à 3 à 4 centimètres au-dessus de l'anus et qui occupe surtout la paroi rectale droite, dans la région de la prostate. La tumeur, qui paraît avoir largement le volume du poing, est de consistance élastique et présente une surface régulièrement lisse, sans parties dures palpables. La paroi rectale ne lui est nulle part adhérente, à l'exception d'un petit point circonscrit occupant le sommet de la tumeur ; en ce point il n'existe pas seulement une adhérence intime entre la tumeur et l'intestin, mais celui-ci présente même une ulcération de la muqueuse de la largeur d'une pièce d'un centime. Partout ailleurs, la paroi rectale est parfaitement mobile sur la tumeur

Celle-ci obture la lumière de l'intestin au point que le doigt ne le franchit qu'avec difficulté ; sa limite supérieure est d'ailleurs inaccessible. L'urètre est libre ; on suit très bien du doigt la sonde jusqu'au niveau de la limite inférieure, mais à partir de là, la sonde se perd dans la profondeur de la tumeur. L'urine est normale ; il n'y a pas dans la vessie d'urine résiduale.

Les 5 premiers jours que le malade passe dans la maison de santé sont employés à vider et à nettoyer l'intestin. Au cours de ces manipulations, on se convainc que le rectum est notablement dilaté au-dessus de la tumeur, car il est possible d'injecter sans pression jusqu'à 2 litres 1/2 de liquide.

Opération le 18 février 1892 (prof. Socin). Position déclive sur la table de Trendelenburg. On fend l'anus en avant et en arrière jusqu'au coccyx ; ce dernier est réséqué. Par une incision, on sépare la paroi rectale droite de l'anus puis on la décolle jusqu'au niveau de la tumeur ; on laisse sans y toucher la portion de paroi qui adhère à cette tumeur. La tumeur est ensuite dégagée aussi haut que possible ; elle se montre très nettement circonscrite et se laisse totalement énucléer à l'exception de sa circonférence antérieure qui est fortement adhérente aux tissus voisins; en ce point, on est obligé de la détacher à l'aide de quelques coups de ciseaux. Au cours de l'extraction de la tumeur, sa capsule se déchire et il en sort une partie de son contenu qui est mou, presqu'en bouillie. Le décollement de la partie supérieure de la tumeur, du

côté du péritoine s'exécute facilement et sans que ce dernier ne soit ouvert.

La tumeur est finalement extraite en totalité ; elle a le volume de deux poings réunis. Les vésicules séminales n'ont été vues à aucun moment. Un morceau de la paroi rectale droite, comprenant la partie adhérente et ulcérée, est extirpée en même temps ; il ne reste plus, en continuité avec l'anus, que la paroi rectale gauche.

L'urètre, qui s'étend comme une crête en travers de la paroi antérieure de la cavité laissée par l'extirpation de la tumeur, est intact. Des parties de tissu lui adhèrent, surtout à gauche, qui ne sont autres que des débris de tissu prostatique normal.

La cavité, qui a les dimensions d'une tête d'enfant, est alors tamponnée, après toutefois que ce qui reste de la paroi rectale droite a été tirée par en bas et suturée par quelques points à l'anus et à la paroi rectale gauche. Dans le rectum on place un gros tube de caoutchouc ; tamponnement de la plaie cutanée.

Suites opératoires normales. La température la plus élevée, 38°4, a été atteinte au 5e jour. Ce jour-là, première selle spontanée ; on change une partie des mèches ; en même temps on supprime le tube rectal.

Le 12e jour, toutes les mèches sont enlevées et la cavité n'est plus tamponnée que de façon très lâche. Les sutures intestinales n'ont pas tenu; aussi la paroi rectale s'est-elle rétractée. Le malade a une selle tous les 1 ou 2 jours, à l'aide de lavements ; la plaie ne donne jamais passage à l'urine ; le 22e jour, le malade se lève ; le 21 avril, c'est-à-dire le 63e jour après son opération, il quitte la clinique.

La cavité périnéale n'a plus que le volume d'une noix. Il existe un peu de prolapsus de la muqueuse rectale. Le malade peut garder ses matières solides pendant 3 ou 4 minutes; il existe, au contraire, une incontinence complète pour les matières liquides. L'urètre est complètement perméable. La portion prostatique occupe sa position normale et a un calibre normal.

Une particularité intéressante, présentée par l'urine au cours des 2 premiers jours qui suivirent l'opération, fut la suivante :

Les premières mictions, qui se font spontanément et comportent environ 250 centim. d'urine, donnent une urine presque noire qui, par le repos, fournit un sédiment épais, de coloration un peu plus claire. Odeur normale, réaction faiblement acide, poids spécifique 1020. Dans le produit de filtration, il y a 1 à 1 1/2 p. 1000 d'albumine (Esbach) et 1,9 pour 100 d'urée (Southoll); microscopiquement, le sédiment contient surtout des globules rouges, de rares leucocytes et quelques cellules épithéliales plates ou rondes; en outre, on y trouve des quantités considérables de grandes cellules fusiformes, des spermatozoaires. de nombreuses concrétions prostatiques de dimensions variées, enfin de grandes formations cylindriques, complètement transparentes, et à contours très nets (ce que l'on appelle des cylindres testiculaires). L'urine, qui est toujours émise spontanément, sans douleur, en quantité normale, s'éclaircit rapidement et, à partir du 3e jour, elle est redevenue complètement normale.

Le professeur Roth, professeur d'anatomie pathologique, qui a fait l'examen de la tumeur extirpée, a fourni la note suivante :

La tumeur est composée, en majeure partie, de cellules fusiformes serrées les unes contres les autres ; de petites portions offrent une structure plus dense, fibreuse, pauvre en cellules. La capsule est, par places, infiltrée de cellules fusiformes. D'après ces caractères, la tumeur doit être considérée comme un fibro-sarcome en voie de se transformer en un sarcome fuso-cellulaire pur. J'estime que des portions plus considérables encore de prostate bien conservée sont restées en place sur le malade.

Suites éloignées. — Le 11 janvier 1894 (par conséquent, près de 2 ans après l'opération), j'ai eu l'occasion de revoir ce malade.

Son état général est excellent. Il a augmenté de poids, il remplit facilement ses occupations, qni sont pénibles. L'orifice anal présente, correspondant à la commissure postérieure, un prolapsus de la muqueuse ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon et qui provient de la paroi postérieure du rectum ; la commissure anale antérieure est normale. La muqueuse rectale est partout souple et plissée : nulle part elle n'est infiltrée. A la place de la prostate on trouve, surtout à droite, une masse de tissu cicatriciel ferme et uni ; à gauche des tissus plus mous et correspondant au tissu prostatique normal. *Pas de trace de récidive.* La défécation se fait de façon normale, les selles sont moulées; toutefois les gaz et les selles diarrhéiques s'échappent involontairement. L'urètre est libre et perméable ; la sonde peut être suivie tout le long de son trajet, à l'aide du doigt rectal la palpant à travers la masse cicatricielle ; elle franchit la portion prostatique sans subir de déviation. Les mictions sont normales, au nombre de 5 à 6 par 24 heures, dont 1 la nuit. L'urine est normale.

Pas d'urine résiduale dans la vessie.

Note additionnelle. (1). — Les fragments de la tumeur se montrent déjà à l'œil nu formés de l'agglomération de fascicules noueux et se laissent dilacérer en formations, souvent ramifiées, dont l'axe est constitué par un vaisseau sanguin et dont le reste est formé de cellules fusiformes assez courtes, serrées le unes contre les autres et qui, sur des coupes transversales, apparaissent souvent avec une disposition rayonnée autour de la lumière du vaisseau. Les vaisseaux du centre de la masse sarcomateuse sont relativement larges et sont formés uniquement d'une couche endothéliale à laquelle s'accole extérieurement une couche mince de tissu conjonctif ; à celle-ci adhère immédiatement la masse des cellules fusiformes. Dans les points où les vaisseaux ainsi engainés de tissu sarcomateux vont se ramifiant dans différentes directions et où les masses sarcomateuses prolifèrent très activement, l'image microscopique devient plus compliquée et l'aspect angiosarcomateux de la tumeur plus effacé. Cependant sur toutes les coupes il a toujours été possible de reconnaître la disposition typique décrite plus haut.

(1) Examen pratiqué ultérieurement par le prof. Kaufmann (de Bâle.)

OBSERVATION 29.

SOCIN (Loc. cit.) — 51 *ans*. — *Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Cystite. Mort.* — *Sarcome globo-cellulaire. Dégénérescence calcaire.* — *Maladie* : 2 *mois*.

Un lamineur de Bâle, âgé de 51 ans, entra à l'hôpital le 21 août 1873 avec le diagnostic de calcul de la vessie.

Cet homme souffrait depuis un an d'envies fréquentes d'uriner. Il y à 6 semaines, à la suite d'exercices corporels fatigants, raconte-il, il fut pris de rétention d'urine complète, pour laquelle on fut obligé d'intervenir par le cathétérisme. Depuis ce temps, ce dernier est pratiqué plusieurs fois par jour (toutes les 3 heures dans ces derniers temps),ce qui ne va pas toujours sans difficultés, et parfois sans provoquer d'abondantes hémorragies.Aussi a-t-on dû parfois laisser la sonde à demeure pendant plusieurs jours.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il présentait une cystite purulente et une fièvre élevée.L'exploration de la vessie fit découvrir la présence, à l'entrée de la vessie, d'une tumeur fixe, du volume d'un œuf de poule environ, et de consistance remarquable.

Le malade succomba, au bout de 10 jours, de fièvre septique.

L'*autopsie* révéla l'existence d'une inflammation diphtérique de la vessie hypertrophiée et dilatée, ainsi que des uretères et bassinets également fortement dilatés.

Un peu à gauche de l'orifice interne de l'urètre, on aperçoit, faisant saillie dans la vessie, une tumeur ovalaire, plus grosse qu'un œuf de poule et légèrement pédiculée. La portion basale de la tumeur est d'une dureté de pierre et ne peut être divisée qu'avec la scie ; le reste de la tumeur est mou, ulcéré. Sur la coupe des parties calcifiées on voit alterner les bandes fibreuses avec des dépôts calcaires. Les parties molles sont très vasculaires ; elles forment un tissu de coloration grise uniforme et ont une transparence gélatineuse. Ce n'est qu'en examinant de plus près la pièce que je pus me convaincre que le pédicule relativement étroit de la tumeur était en continuité avec le lobe moyen de la prostate et aussi avec la tunique musculaire du trigone.

Ce dernier présente, dans sa partie la plus mince, exactement sur la ligne médiane, une perforation due à une fausse route, perforation qui permet à une sonde de pénétrer dans la vessie par derrière la tumeur. La paroi antérieure de cette fausse route est formée en partie par les portions calcifiées de la tumeur contre lesquelles le cathéter produit en passant un bruit très perceptible. C'est ce bruit qui explique qu'on ait pu porter le diagnostic de calcul vésical. Les autres parties de la prostate, c'est-à-dire les deux lobes latéraux, sont en voie d'hypertrophie glandulaire modérée et ne prennent aucune part à la formation de la tumeur.

L'*examen microscopique*, pratiqué par le professeur Roth, montre que la tumeur est un sarcome à cellules rondes, relativement grosses, sarcome extraordinairement vasculaire et en partie calcifié. Quelques

ganglions mésentériques avaient également subi la dégénérescence sarcomateuse, tandis que les ganglions inguinaux étaient indemnes.

OBSERVATION 30.

VERHOOGEN. *Ueber einen Fall von Totalexstirpation der Prostata wegen malignet Neubildung.*(Centralblatt fur die Krankeiten der Harn- u. Sexual Organe, 1898, *t. IX. p.* 19). — 53 *ans.* — *Tumeur périnéale, indolore. Pas de troubles fonctionnels. Prostatectomie périnéale. Guérison. Mort* 9 *mois après, de récidive probablement.* — *Myxosarcome. Dégénérescence calcaire.* — *Maladie* : 1 *an* 9 *mois.*

Le 3 novembre 1895, entra à ma Clinique le nommé M..., serrurier, âgé de 53 ans. Ce malade se plaignait exclusivement d'une forte tuméfaction qu'il avait au voisinage de l'anus, tuméfaction qu'il avait remarquée pour la première fois il y a un an. Elle avait débuté sur le côté de la cuisse droite et s'était ensuite lentement agrandie, enveloppant peu à peu l'orifice anal dans une sorte d'arc de cercle.

A un premier examen, je constatai que la tumeur était hémisphérique, ayant environ 12 centim. de diamètre et présentant au niveau de son bord gauche, où se trouvait l'anus, une forte dépression. Absolument indolore, même à une forte pression, de résistance égalant à peu près la dureté de l'os, cette tumeur n'était nullement adhérente à la peau, laquelle offrait à son niveau une coloration normale.

Le toucher rectal me permit de constater que la tumeur s'étendait jusque dans la fosse ischio-rectale, qu'elle se confondait sans la moindre solution de continuité avec la prostate, mais, par contre, qu'elle était absolument indépendante du rectum. Pas de troubles fonctionnels ; la défécation et la miction se font de façon normale. Le malade continue à travailler comme auparavant, autant que le lui permet son infirmité.

*Opération.*le 16 novembre 1895.— Incision courbe autour de l'anus. La tumeur est rapidement décollée de la paroi rectale qui, néanmoins, au cours de ce décollement, se déchire au niveau de la marge de l'anus. Puis on la décolle de même de la paroi externe de la fosse ischio-rectale à laquelle elle n'adhère d'ailleurs que par un tissu cellulaire lâche. Peu à peu, j'arrive ainsi jusqu'à la prostate avec laquelle la tumeur se continue sans démarcation.

La prostate est alors détachée des muscles-releveurs de l'anus auxquels elle adhère de chaque côté, mais particulièrement à droite. Ensuite à l'aide de forts ciseaux, je détache la tumeur du col de la vessie et finalement je sectionne la portion membraneuse de l'urètre. J'arrive ainsi jusqu'au bord postérieur de la symphyse dont je finis par détacher assez facilement la masse néoplasique à l'aide du doigt et de quelques coups de ciseaux.

Pendant toute la durée de l'opération,on a pris grand soin d'assurer une hémostase minutieuse, en sorte que l'hémorragie a été presque insignifiante. Le sang, fourni en abondance par les veines rétro-symphy-

saires, est tari rapidement à l'aide d'un tamponnement à la gaze.

On fait alors la suture au catgut de l'orifice vésical à l'urètre membraneux, suture qui s'exécute assez facilement, car la vessie est très mobilisable et peut être aisément attirée par le bas. Une sonde à demeure est introduite à travers l'urètre dans la vessie. Tamponnement et drainage de la plaie.

L'opération dure en tout 5 quarts d'heure. Le malade se réveille rapidement. Par la sonde qui fonctionne bien, s'écoulent, en 24 heures, 800 grammes d'urine à peine sanguinolente. Malheureusement, la suture vésicale ne tient pas et, 3 ou 4 jours après, toute l'urine passe par le périnée.

Les suites opératoires sont du reste, tout à fait simples, surtout au début. Pas d'élévation de température. Le malade se nourrit bien et peut se lever 8 jours plus tard.

Comme il perd toutes ses urines par sa plaie, on se décide à enlever la sonde à demeure et à passer tous les jours une sonde de Nélaton, de façon à ce qu'il se crée un nouveau canal au milieu de la plaie qui bourgeonne bien. Au début, je suis obligé, lorsque la sonde, passée dans l'urètre, est arrivée jusqu'à la vessie, de diriger son bec par l'intérieur du réservoir à l'aide de mon doigt. Au fur et à mesure que se rétrécit la plaie opératoire, il se forme d'abord un petit anneau qui se transforme progressivement en un nouveau canal. En même temps, le malade peut de mieux en mieux garder ses urines. Au bout de 2 mois (10 janvier 1896), la plaie est entièrement cicatrisée à l'exception de la déchirure anale.

A travers cette dernière, le doigt pénètre dans une petite cavité bourgeonnante qui, au moment de la miction, se remplit d'urine. Le malade peut d'ailleurs très bien se passer d'uriner pendant 2 à 3 heures; il urine sans difficultés partie par l'urètre, partie par la fistule anale. Une sonde de Nélaton, introduite dans l'urètre, pénètre sans la moindre difficulté jusque dans la vessie.

L'état général du malade est très bon, et ce dernier peut quitter l'hôpital le 15 janvier 1896.

Malheureusement, ce bon résultat ne s'est pas maintenu. Le malade succomba 9 mois environ après sa sortie de l'hôpital, probablement avec les symptômes d'une récidive dans sa cicatrice. Il n'a pas été possible d'obtenir des détails plus précis sur sa mort, et l'autopsie ne fut pas faite.

Examen microscopique. — La tumeur fut examinée au laboratoire d'anatomie, il s'agissait d'un myxosarcome de la prostate qui présentait dans sa partie inférieure des concrétions calcaires lui donnant une dureté si grande que la ponction du néoplasme à ce niveau, à l'aide d'un trocart, était presque impossible.

Observation 31.

Marsh (H.). *A case of sarcoma of the prostate*; *with remarks* (Transact. clin. Soc. of London, 1896-97, *vol. XXX*, *p.* 162). — 57 *ans*. — *Cons-*

tipation opiniâtre. Tumeur abdominale partant du petit bassin. Laparotomie. Rétention d'urine. Cathétérisme. Anus artificiel. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire. — Maladie : 2 ans 1 /2.

C. P. compositeur, 57 ans, entre à l'hôpital St-Bartholomews, le 21 mai 1895. Deux ans 1 /2 auparavant, il avait été traité dans un autre hôpital pour de la constipation. On nota à ce moment qu'il avait une tumeur située dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. On fit une laparotomie et la tumeur fut mise à nu ; elle paraissait être un sarcome à point de départ situé dans l'os iliaque gauche. Son extirpation étant impossible, la plaie fut refermée.

Après avoir quitté l'hôpital, le malade eut des crises répétées de rétention qui nécessitèrent l'usage du cathéter ; l'instrument passa toujours facilement.

A son entrée à l'hôpital, la 2e fois, son abdomen était très distendu et l'on sentait dans la région hypogastrique une tumeur s'étendant vers la gauche. La vessie était située en avant et au-dessus de la tumeur. Par le rectum on sentait une tuméfaction ferme, mesurant environ 12 cent. de diamètre, intéressant la glande prostatique. L'urètre mesurait 26 cent. de longueur.

L'urine fut retirée chaque jour : elle était normale. Le malade maigrit rapidement et, comme il souffrait d'une occlusion intestinale de plus en plus marquée, on fit une cœliotomie inguinale gauche. Mais le malade présenta des vomissements et des douleurs abdominales et il succomba 5 jours après.

L'*autopsie* montra qu'en un point l'intestin était détaché de la plaie abdominale ; des matières fécales s'étaient écoulées dans le ventre d'où péritonite aiguë.

La tumeur n'avait aucune connnexion osseuse et son origine se faisait dans la prostate.

Elle avait le volume d'une tête fœtale. Le côlon descendant et l'anse sigmoïde contenaient plusieurs livres de matières presque solides ; le poids de ces matières, tirant sur l'intestin, avait fait sauter les points de suture. Le rectum faisait face à l'articulation sacro-iliaque droite. Il était très comprimé sur toute son étendue par la tumeur qui remplissait le bassin au-dessus du ligament triangulaire, presque au niveau de l'ombilic.

Les dimensions de la tumeur étaient les suivantes : $188 \times 102 \times 102$ millimètres ; elle était légèrement mobile dans le sens vertical ; par elle la vessie était refoulée en haut de façon à être presque entièrement hors de la cavité pelvienne. La tumeur avait une capsule très marquée, elle présentait une ébauche de lobulation et, sur une coupe, se montrait de couleur blanchâtre et de consistance ferme. Il n'y avait pas d'infiltration du rectum ni de la vessie, sauf au niveau du trigone. L'urètre prostatique était très dilaté et très allongé, une vésicule séminale paraissait libre, l'autre étant englobée dans la tumeur.

Le foie contenait quelques petits nodules blanchâtres, néoplasiques

et il y avait un noyau similaire du volume d'une noisette, sur l'artère spermatique, au-dessous du rein droit.

Les reins étaient très durs, légèrement dilatés, les autres viscères abdominaux étaient normaux.

Au point de vue *microscopique*, la tumeur se compose principalement de cellules fusiformes et de tissus fibreux. Par endroits on ne voit que du tissu fibreux, disposé en bandes et contenant quelques noyaux; ailleurs, la tumeur est plus cellulaire, et, outre les cellules fusiformes, on voit quelques gros noyaux ovoïdes. Une capsule fibreuse bien marquée enveloppe la tumeur.

Observation 32

Spanton. *Large sarcomatous tumor of prostate gland. Excision ; fatal résulte remarks* (The Lancet, 1882, 24 *juin. f. I, p.* 1032). — 70 *ans.* — *Constipation opiniâtre. Douleurs intestinales. Tumeur abdominale. Prostatectomie périnéale. Mort. — Sarcome fuso-cellulaire.— Maladie,* 2 *ans.*

R. V..., journalier, âgé de 70 ans, veuf, fut admis dans une salle du service chirurgical, le 16 janvier 1882. Déjà auparavant, il avait été traité dans un service de médecine pour gonflement de l'abdomen, et ce gonflement avait été attribué à une grande accumulation de matières dans le rectum et dans le côlon. Il avait éprouvé, deux ans auparavant, quelque difficulté dans l'acte de la défécation, difficulté qui n'avait fait que s'accroître jusqu'au moment de son admission à l'hôpital. Un jour même, après son travail, il avait ressenti un grand poids et une vive douleur du côté du rectum et, après avoir consulté un chirurgien, lequel avait retiré une masse de matières durcies de l'intestin, il n'avait éprouvé aucun soulagement. Six semaines avant l'entrée, le malade se vit forcer de cesser tout travail.

Le besoin d'aller à la garde-robe était incessant, mais il attendait pour le satisfaire, tant l'effort était inefficace et lui occasionnait de douleur. Il n'y avait aucune difficulté du côté de la miction, et jamais d'hématurie.

A son admission, on constatait que l'aspect du malade était celui d'un homme de bonne santé, épuisé par une douleur continuelle, mais néanmoins bien portant. Il ne pouvait point s'asseoir tant cela le faisait souffrir, et se plaignait d'une douleur persistante du côté de la région rectale, qu'accompagnait un besoin constant d'aller à la selle. Sous l'hypocondre gauche et à la région épigastrique, on trouvait une tumeur arrondie due manifestement au côlon énormément distendu. Par le toucher rectal, on trouva une prostate transformée en tumeur, du volume d'une tête de fœtus, lobulée, ferme et élastique, divisée en parties égales par un sillon et qui comprimait le rectum suffisamment pour le fermer.

Au moyen de la main, on retire une très grande quantité de matières fécales durcies, de la courbure sigmoïde ; quant au rectum proprement

dit, il était aplati et vide. Un trocart ayant été passé au travers de la tumeur ramena seulement une petite quantité de matière solide dont elle était formée. L'examen microscopique prouva que cette matière se composait d'une belle substance fibreuse, rayée de tissu musculaire, et semée de cellules nombreuses et de noyaux libres, la plupart arrondis, plus ou moins allongés.

On voyait également distinctement quelques noyaux très grands dans les cellules. Une sonde, qui passait d'ailleurs très facilement dans la vessie, fut déviée du côté droit. L'urine sortait sans difficulté, pâle, claire, acide, d'une densité de 1010, sans trace d'albumine. Une consultation fut tenue par le corps médical, et il fut décidé que le meilleur moyen de soulager le patient était d'enlever la tumeur qui obstruait tout le bassin. Cette manière de faire fut jugée préférable à la colotomie, car, si elle réussissait, on éviterait les complications du côté de la vessie, en même temps qu'on avait la facilité de supprimer toute pression du côté du rectum.

Opération le 26 janvier.— Ayant soumis le malade à l'anesthésie par l'éther, M. Spanton fit une incision courbe transversale, juste au-devant de l'anus, et, par une dissection minutieuse, enleva la tumeur prostatique. Un cathéter fut alors passé dans la vessie pour déterminer la position de l'urètre. En introduisant les doigts dans la plaie périnéale, on pratiqua le décollement rectal, et ce n'est pas sans difficulté qu'on sépara la tumeur. En se servant des doigts et du manche d'un scalpel, l'opérateur put enlever une masse énorme de néoplasme, qui fut soigneusement énucléée et extraite en plusieurs portions, ce qui prouvait qu'elle était beaucoup plus friable qu'on ne l'eût supposé. Quand il en eut enlevé un fragment plus gros qu'un poing fermé, il se trouva en présence d'une dernière portion qui dépassait la symphyse pubienne et qu'il était absolument impossible d'extraire avec sécurité. On lia plusieurs vaisseaux, mais, comme il s'agissait surtout d'hémorrhagie quelque peu profuse, la cavité fut tamponnée et un grand cathéter passé dans la vessie. Le malade se trouvait dans un grand état d'épuisement; toutefois, il se ranima suffisamment une fois qu'il fut recouché, et on lui prescrivit un suppositoire opiacé. Aucune hémorragie ne se reproduisit, mais l'état du malade baissa de plus en plus, et il succomba le lendemain.

Autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après le décès. On pratique une incision le long de la ligne blanche qui sépare en bas le côté gauche du pénis et du scrotum. On divise la symphyse du pubis et l'os est largement séparé. Cela permet d'apercevoir une tumeur ronde lobulée placée entre et devant la symphyse, la dépassant de deux pouces en avant, et de trois sur les côtés.

Cette tumeur recouvrait si complètement la vessie qu'elle la cachait complètement. Ce viscère fut trouvé de volume ordinaire. Il n'y avait aucune adhérence avec le péritoine, qui ne présentait ni lésion, ni affection quelconque, mais la tumeur était pour ainsi dire incorporée à la paroi antérieure du rectum, et c'est de sa partie inférieure qu'on en avait enlevé la principale portion. Le côlon, le cæcum, étaient remplis

d'une masse de matières qui avaient presque la consistance de la pierre.

Les uretères, les reins étaient dans l'état normal, la rate avait, sur sa paroi externe, une grande tache blanche qui, après section, fut trouvée être de consistance quasi-cartilagineuse et qui pénétrait à près d'un quart de pouce dans l'épaisseur de l'organe. Nulle part ailleurs on ne trouva de semblable dépôt. A l'examen microscopique on reconnut qu'il s'agissait de fibro-cartilage.

Il n'y avait nulle part trace d'hémorragie dans la cavité rectale ou péritonéale. La vessie était vide.

La substance dont était formée la tumeur renfermait un calcul phosphatique de petit volume.

La tumeur était encapsulée, lobulée ; elle avait apparence de substance cérébrale durcie dans l'alcool. L'*examen microscopique* donna les mêmes résultats que ceux qui ont été décrits plus haut, mais un examen plus complet montra une grande quantité de cellules nouvelles, et aussi de nombreuses cellules fusiformes, avec un seul ou plusieurs noyaux. Une grande partie de la tumeur se composait superficiellement d'un stroma fibreux distinct, et de belles cellules.

Remarques. — Les tumeurs de la prostate d'un volume aussi considérable ne sont point connues à coup sûr, et nous avons trop peu d'expérience en la matière pour décider de la meilleure ligne de conduite à adopter.

Néanmoins, on peut discuter la question de savoir s'il eût été plus sage, dans ce cas, d'essayer la colotomie ou quelque procédé semblable.

Cela est à considérer, la conclusion à laquelle nous sommes arrivés, est que si nous avions pu, par quelques moyens temporaires, soulager le patient, le passage de l'urine eût toujours constitué un grand danger.

Si nous avions pu extraire la tumeur avec un succès complet, il n'est pas douteux qu'un complet soulagement en eût été la conséquence, pour quelque temps au moins.

Ce qui est de toute évidence, c'est qu'il était impossible de laisser le malade dans l'état où il se trouvait.

Cet état était tout ce qu'on peut imaginer de plus triste, et ne peut être comparé qu'à celui d'une femme en travail avec une tête fœtale fixée dans le bassin ! C'est pour cela que l'enlèvement semblait offrir la meilleure chance de soulagement, et mon opinion est que, si la tumeur n'avait pas eu une si grande extension, on aurait obtenu un résultat plus favorable.

Observation 33.

Mathias (H.). *Zur Kasuistik der Tumoren der Prostata* (Inaug. Dissert *Munchen*, 1889).— 70 *ans.— Constipation et dysurie. Douleurs abdominales. Rétention d'urine. Cathétérisme. Mort. — Angiosarcome trabéculaire. — Maladie* : 6 *mois.*

Schm..., Emmanuel, âgé de 70 ans, ouvrier tailleur à Munich, dont les parents sont morts de vieillesse et qui a encore 4 frères et

sœurs bien portants, a toujours joui jadis d'une excellente santé. A l'âge de 13 ans, il tomba du haut d'une croix de pierre et en ressentit de violentes contusions.

En août 1888, le malade perdit l'appétit, se fatigua facilement; en même temps il ressentit des douleurs dans l'épigastre. Depuis ce temps datent également son amaigrissement et les difficultés de la miction que le malade crut devoir attribuer à un catarrhe de l'estomac et à son grand âge. Peu à peu il en vint à ne plus pouvoir se baisser, en même temps il ressentit une sensation de pesanteur dans le ventre. Fin décembre, il dut, en raison de sa faiblesse, renoncer à son travail; cependant jusqu'au 20 janvier 1889, il put encore aller et venir.

Ce jour-là, comme il voulait se lever, il fut brusquement pris de paralysie, en même temps il ne peut plus uriner qu'avec des efforts extrêmes. Depuis un an déjà il existait de la constipation. L'appétit est de nouveau bon, le sommeil passable.

A l'*examen* on découvre, au niveau de l'ombilic, adhérant à la colonne vertébrale, une tumeur, grosse presque comme les deux poings, bosselée et dure, dont la partie droite semble plonger dans le petit bassin. Au niveau du ligament de Poupart droit, on trouve en outre une petite masse du volume de la moitié d'un œuf de poule, de consistance ferme, élastique, et très légèrement mobilisable (Athérome ? kyste dermoïde ?) Les ganglions inguinaux ne sont que modérément tuméfiés. Le malade ne peut ni marcher ni se tenir debout. C'est tout juste s'il peut amener dans l'adduction la seule jambe droite, le pied se trouve en varus; quant à la jambe gauche, outre le mouvement d'adduction qui est également possible dans une certaine limite, le malade peut fléchir le membre dans l'articulation de la hanche, et, de plus, fléchir les orteils.

Lorsque le malade tousse, ses muscles abdominaux ne se contractent pas. Les attouchements sont promptement signalés et localisés, mais la perception de la douleur est presque totalement abolie depuis l'appendice xiphoïde, mais surtout depuis l'ombilic jusqu'au bas.

Les réflexes rotuliens, crémastériens et abdominaux sont presque supprimés des deux côtés, le réflexe plantaire gauche est seulement diminué.

27 janvier 1889. Le malade doit être sondé 2 fois par jour ; au toucher rectal, on sent de suite sur la paroi antérieure du rectum une tumeur dure, de surface bosselée, non mobile, peu sensible à la pression, englobant complètement la prostate ; en dessous de la tumeur, la muqueuse rectale fait un grand pli transversal qui gêne l'introduction et la manœuvre du doigt explorateur. Pas de tumeurs hémorrhoïdales au niveau de l'anus.

17 février 1889. Le malade se plaint de ressentir de violentes douleurs pendant la nuit dans la région anale.—20 février 1889. Amaigrissement progressif. Le malade se nourrit à peine. Rétention d'urine avec miction par regorgement. Incontinence des matières fécales.— 21 février. Les traits sont tirés, la voix enrouée, le pouls n'est plus perceptible ; le malade se sent très faible. — 22 février. Le collapsus s'est en-

core accentué, le corps est dur, le pouls à peine perceptible, mort à 7 heures du soir.

Diagnostic. — Sarcome primitif de la prostate (angio-sarcome trabéculaire). Dégénérescence sarcomateuse des ganglions rétro-péritonéaux et de deux vertèbres lombaires. Paralysie par compression des membres inférieurs.

Protocole d'autopsie du 23 février, 1889 (Registre d'autopsie de l'Inst. pathologique de Munich, 1889, nº 141.)

Sujet fortement amaigri, absolument dégraissé, peau pâle, plombée, musculature atrophiée.

Après ablation des viscères abdominaux, on trouve au contact des vertèbres lombaires une quantité de tumeurs, du volume d'une prune, provenant manifestement des ganglions rétro-péritonéaux. Elles se laissent facilement couper, sont de consistance demi-molle et parsemées de points hémorragiques ; elles se continuent à droite jusqu'à la région inguinale. Là, on trouve une tumeur du volume d'une noix contenant plusieurs épanchements hémorragiques. De semblables tumeurs existent dans le petit bassin.

Après dissection de la colonne vertébrale, les vertèbres lombaires apparaissent lésées.

Le rectum contient une substance de coloration verdâtre, de nature purulente. La muqueuse est marquée de plaques rouges et couverte de nombreuses escarres. Les grosses veines rampant au bord du bassin sont complètement obturées par des thrombus.

L'estomac contient une masse brun-verdâtre, manifestement formée de bile qui teint la muqueuse en vert ; la partie inférieure de l'iléon contient également de la bile, sa muqueuse est congestionnée. Le contenu du gros intestin et du cæcum est crémeux, de couleur vert foncé, leur muqueuse est couverte d'ulcérations.

Le foie a ses dimensions réduites dans tous les sens, il est de consistance normale ; à la coupe il a une coloration brun-pâle. La vésicule biliaire contient une quantité moyenne de bile vert-noirâtre.

La rate est un peu augmentée de volume, a un aspect normal et ne contient que peu de sang. La vessie renferme une urine foncée, mêlée de mucosité sanguinolente. Ouverte, elle montre une muqueuse rouge, gonflée, et, au niveau du col, une tumeur spongieuse, d'une coloration blanche, rappelant celle de la moelle et qui part manifestement de la prostate.

Après ouverture de la prostate, on voit que la portion initiale de cette glande est augmentée de volume.

La prostate a le volume d'une pomme et se continue directement avec la tumeur placée au niveau de l'orifice interne de la vessie. Correspondant au verumontanum, on trouve une tumeur faisant une saillie de 1 centim. qui s'étend jusque dans l'intérieur de l'urètre.

Les reins sont un peu atrophiés. La capsule se décolle facilement, sa surface est lisse, sa coloration pâle, gris-brunâtre. Le bassinet du rein gauche est congestionné et rempli de caillots de coloration brunâtre. Le parenchyme rénal est d'ailleurs normal.

La voûte cranienne est d'épaisseur moyenne. Dans le sinus longitudinal supérieur, il n'y a que quelques caillots fibrineux. Les méninges sont légèrement troubles ; le liquide céphalo-rachidien est assez abondant. Les circonvolutions sont grêles, les sillons larges, les vaisseaux distendus, les ventricules latéraux à peine élargis ; de même pour le 3e ventricule. Ce dernier ne contient que peu de sérosité.

Le cervelet est mou à la coupe, ses surfaces de coupes sont brillantes. Les gros ganglions, au contraire, sont fermes à la coupe.

Diagnostic anatomique. — Sarcome primitif de la prostate avec envahissement fongueux de la cavité vésicale, localisé en forme d'anneau autour de l'orifice vésical. Dégénérescence sarcomateuse secondaire des ganglions rétropéritonéaux. Cystite hémorragique légère. Thrombose par compression des 2 veines fémorales. Pachy-méningite externe chronique. Atrophie du cerveau.

Observation 34.

Dupraz (A. L.). *Le sarcome de la prostate* ; *étude clinique et anatomo-pathologique.* (Revue des maladies cancéreuses, *II*, 1896-97, *p.* 74). — *Cystite et rétention d'urine. Subluxation de l'épaule gauche attirant toute l'attention. Tentative de résection de l'épaule. Mort d'hémorragie. — Sarcome à petites cellules rondes. Métastases dans l'épaule. — Maladie* : 2 *ans.*

A. C..., âgé de 73 ans, fait un premier séjour à l'hôpital cantonal de Genève, dans le service de chirurgie, pour cystite chronique et hypertrophie de la prostate. Il en part amélioré après des cathétérismes et des lavages de vessie. Entré le 7 mars 1891, il sortit le 21 avril de la même année.

Déjà à cette époque il éprouvait des douleurs à l'épaule gauche. L'humérus de ce côté était subluxé, mais, comme cet état durait depuis deux ans, on ne fit aucun essai de réduction vu l'ancienneté du mal. Au dire du malade, cette subluxation se serait produite subitement et avec vive douleur pendant que la malade portait des volets, et, depuis ce moment, le membre serait impotent.

Le 4 juillet 1891, R., rentre à l'hôpital à cause de sa vessie : la miction sans sonde est impossible. On reprend les lavages de la vessie et la dilatation du canal avec les bougies Béniqué.

L'épaule gauche du malade est toujours plus douloureuse. Toute la région scapulaire est tuméfiée ; les reliefs osseux n'y sont pas apparents comme à droite. La peau de la région est tendue, rouge, et le malade a quelques mouvements fébriles. Il semble que l'on soit en présence d'une arthrite scapulo-humérale. Les douleurs intolérables que le malade éprouve engagent le Dr Comte à lui proposer la résection de l'épaule.

L'opération se fait le 27 juillet 1891.

Au cours de celle-ci, on se trouve en présence d'une tumeur sarcomateuse de la région. Le grand âge du malade empêche de songer à une

intervention plus radicale. La cavité que l'on a sous les yeux est tamponnée et la plaie recouverte d'un pansement compressif. Mais, malgré tous les soins qui lui sont prodigués, le malade meurt d'hémorragie dans l'après-midi.

M. le professeur Zahn procède à l'*autopsie* le 28 juillet.

Homme âgé, de taille moyenne. Coloration jaune de la peau. Pas d'œdème des extrémités. Tissu adipeux sous-cutané assez fortement développé.

Musculature du thorax atrophiée, très pâle. Thorax excessivement large, poumons bien rétractés, presque totalement adhérents, le gauche surtout. Sternum normal, cœur surchargé de tissu adipeux. Anthracose des ganglions péri-bronchiques. Emphysème pulmonaire.

Rate agrandie, pâle, pulpe molle.

Capsules surrénales normales.

Atmosphère graisseuse du rein très développé. Atrophie sénile des reins avec kystes. Atrophie sénile du foie.

La cavité de la vessie est petite,la muqueuse est fortement épaissie et hyperémiée. Forte hypertrophie de la musculature. Près de l'orifice interne de l'urètre, les parois vésicales sont soulevées, surtout à droite et en avant, par une tumeur sous-jacente.

La prostate est agrandie. Ses dimensions sont les suivantes, longueur 0,055 ; largeur 0,045 ; diamètre sagittal 0,045, au niveau des bosselures ; 0,035 ailleurs. (Ces dimensions ont été prises sur la pièce durcie à l'alcool ; il faut donc les augmenter pour avoir les dimensions réelles de l'organe.)

Celui-ci présente deux bosselures externes : une près de la vésicule séminale gauche ; l'autre, plus petite, près de la droite. Le lobe gauche est particulièrement bosselé et hypertrophié,mais l'accroissement s'est fait excentriquement vers le rectum qui est fixé en ce point à la glande par un tissu fibreux, sans trace de néoplasme. Aussi le canal de l'urètre présente-t-il les modifications qu'il subit dans l'hypertrophie totale de la prostate. Son diamètre antéro-postérieur est très allongé et le verumontanum est aplati. La muqueuse de la portion prostatique est un peu épaissie, mais normale à part cela.

Le lobe droit continue avec le lobe moyen à soulever le trigone vésical et à former en arrière de celui-ci une dépression de la vessie en cul-de-sac.

A la coupe, le tissu de la prostate se montre transformé en un tissu rosé près du canal, plus blanc extérieurement, de consistance assez ferme dans la partie interne et dans la moyenne, tandis que la partie externe, surtout dans le lobe gauche, est plus molle et offre un aspect lobulaire avec des cavités dont la plus grande a 0,004 mm. de diamètre qui semblent formées à la suite de dégénérescence et de ramollissement de la tumeur en ces points.

Les vésicules séminales sont atrophiées. La tumeur ne les a pas envahies. Les canaux éjaculateurs sont perméables.

Le rectum est normal.

Pas de lésions des ganglions pelviens ni des inguinaux.

Les vertèbres sont normales.

Le bras gauche est très mobile. En avant et en arrière, dans la région scapulaire, deux incisions. La tête de l'humérus a été réséquée.

Les deux tiers supérieurs et externes de l'omoplate sont transformés en une cavité de la grandeur d'une pomme, remplie d'un tissu mou et friable. Les parois en sont constituées par une lamelle osseuse mince. Le cartilage de la cavité glénoïde est intact. La tumeur occupe les points de l'omoplate les plus rapprochés de la surface articulaire dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse. Elle a envahi l'apophyse coracoïde et l'acromion sans dépasser en ces points les limites du périoste.

La tête de l'humérus a sa forme normale. Par contre, la partie compacte de l'épiphyse est notablement amincie et la cavité médullaire, très agrandie, est pleine d'un tissu mou, parsemé d'aiguilles osseuses. Il en est de même sous le cartilage articulaire de la tête humérale (ostéoporose sénile).

La capsule articulaire est normale.

Avant de passer à la description microscopique des tumeurs, nous voulons dire deux mots des difficultés du diagnostic clinique.

L'état général satisfaisant du malade, la facilité avec laquelle il tolérait les interventions, l'indolence absolue du petit bassin, l'absence d'hématurie, l'impossiblité de palper par le toucher rectal combiné les petites nodosités de la face externe de la prostate, tout cela explique bien qu'on n'ait pas pensé à un néoplasme malin de la prostate. Si quelque raison eût fait pencher pour ce diagnostic, c'est au carcinome que le clinicien aurait rapporté les altérations de la glande prostatique et non au sarcome, à cause de la rareté de ce néoplasme dans cet organe et de l'âge du malade, mais, nous le répétons, rien n'autorisait un tel diagnostic. Le carcinome étant admis, que fallait-il faire de la tumeur de l'omoplate ?

La nature de celle-ci a été reconnue au cours de l'opération, mais, ici encore, le vrai diagnostic n'était guère possible. Qu'on relise l'observation : cette tuméfaction de l'épaule, ces douleurs, cette immobilité, cette atrophie du bras, le mouvement fébrile du soir, ne sont-ils pas la caractéristique d'une arthrite de l'épaule ? Et, si l'on objecte l'âge du malade, il sera bien facile de répondre qu'il n'exclut pas plus l'hypothèse d'arthrite que celle de sarcome.

Le début de l'affection pouvait mettre sur la voie du diagnostic à cause de l'apparition brusque des symptômes, mais ce fait ne pouvait suffire à lui seul alors que tout le reste appelait un autre diagnostic et que celui-ci était compatible avec la soudaineté du début de l'affection.

Examen microscopique de la prostate.

La structure de la tumeur est bien différente suivant les points examinés. Sous ce rapport, on peut diviser la prostate en trois zones : une externe, une moyenne et une interne, cette dernière la plus rapprochée du canal de l'urètre.

1° *Zone externe.* — (Les bosselures de la face externe des deux lobes ont la même structure.)

La tumeur est complètement enveloppée par une coque épaisse de tissu conjonctif qui la limite extérieurement. La prolifération néoplasique a soulevé cette coque au niveau des bosselures, mais à aucun endroit elle n'a rompu cette barrière d'une manière notable. On retrouve cependant dans le voisinage quelques traces de l'envahissement du néoplasme.

Cette enveloppe a une épaisseur variable suivant les endroits. Elle est plus large dans les parties plus dures et plus amincies, dans celles qui tendent à se ramollir. Elle est composée d'une trame conjonctive scléreuse, lamellaire, qui se colore mal ou pas du tout par les divers réactifs colorants. On trouve, dans la partie interne de cette trame, des noyaux allongés et bien colorés en assez grand nombre, tandis que la partie externe est beaucoup plus scléreuse. Ces noyaux fusiformes semblent appartenir à des fibres lisses ; ils en ont la forme et les dimensions et, dans maints endroits, on peut se convaincre qu'il en est ainsi, quoique, en général, la compression produite par le développement du néoplasme ait tassé les éléments du tissu les uns contre les autres et en ait rendu les contours beaucoup moins nets. La présence de faisceaux musculaires coupés transversalement, avec leur aspect caractéristique, prouve encore mieux notre manière de voir.

Cependant il existe par endroits, entre ces faisceaux, des espaces canaliculaires allongés, remplis des éléments du néoplasme, éléments que nous décrivons plus loin.

Cette coque fibreuse détache à sa face interne des cloisons qui limitent des loges dans lesquelles les cellules de la tumeur sont groupées. L'intersection de plusieurs de ces cloisons représente un espace triangulaire dans lequel cheminent les vaisseaux sanguins principaux. Ceux-ci présentent des modifications que nous allons noter.

a) *Artères.*— La paroi de ces vaisseaux est beaucoup plus épaisse que normalement. Cet épaississement est dû à une prolifération du tissu conjonctif de la membrane interne dans la partie située immédiatement au-dessous du revêtement endothélial, entre ce revêtement et la membrane fenêtrée. Cette prolifération n'a pas la même intensité dans tout le pourtour du vaisseau : elle est plus abondante en certains points qu'en d'autres et elle rétrécit irrégulièrement le calibre de l'artère ; c'est de l'endartérite oblitérante.

b) *Veines.* — Les veines ont une lumière très grande eu égard à l'épaisseur de leur paroi. Elle sont remplies de globules rouges et blancs (stase).

On voit dans le tissu conjonctif qui les environne des amas de petites cellules arrondies à grands noyaux qui se colorent très bien par les réactifs ordinaires. Ces cellules se retrouvent jusque dans la tunique externe des veines. Dans les points où la coupe est parallèle à l'axe de ces vaisseaux, on constate que ces éléments les accompagnent dans tout leur trajet. Ces cellules, entièrement semblables à celles des sarcomes, sont beaucoup plus petites que celles qui sont renfermées

dans les alvéoles dont nous avons donné plus haut le mode de disposition.

La coupe rencontre, en maint endroit de la périphérie de la tumeur, les lacunes veineuses des plexus périprostatiques ; ces lacunes sont dilatées par suite d'une sorte de stase et, dans quelques-unes, la coloration fait reconnaître au milieu des éléments figurés du sang des débris du néoplasme de la prostate.

Si nous passons maintenant à la description de l'intérieur des alvéoles, nous aurons à considérer trois éléments : la trame connective, la vascularisation et le contenu cellulaire.

Trame connective. — La structure en est partout la même, mais on s'en rend compte le mieux dans les parties qui ont tendance à se ramollir. En effet, dans ces points, les éléments cellulaires disparus en majeure partie et ceux qui persistent se colorant moins bien, le tissu conjonctif paraît mieux sur un fond clair grâce à sa coloration plus intense.

Des dernières subdivisions de la coque fibreuse périlobulaire partent, dans l'intérieur des lobules, des travées de tissu conjonctif beaucoup moins épaisses et moins scléreuses que le tissu d'enveloppe. Elles limitent des lacunes secondaires allongées et ovalaires. Leur terminaison n'est pas nette : elles se perdent en s'amincissant, se confondent avec des trousseaux de fibres qui viennent des travées voisines, et constituent par leur enchevêtrement un lacis connectif qui supporte les cellules sans que celles-ci ne soient jamais renfermées dans des alvéoles nettement délimitées.

Dans les parties plus vivaces, dans les points où les éléments cellulaires sont plus nombreux et se colorent mieux, cette disposition est plus difficile à saisir. A ne considérer que ces parties, on pourrait se méprendre sur la nature exacte de la tumeur. Ce n'est que par un examen attentif, en enlevant avec le pinceau les cellules, que l'on se rend compte de l'identité de structure de ces différents points. L'étude de la vascularisation, de son mode de disposition, lève enfin tous les doutes que l'on pourrait avoir sur le diagnostic de la tumeur.

Vascularisation. — Les vaisseaux naissent des troncs qui cheminent dans les travées interlobaires.

Ils suivent les faisceaux connectifs et les accompagnent dans les alvéoles où ils se résolvent en capillaires à parois très minces et à très grand calibre. Ces capillaires sont entièrement isolés au milieu des éléments de la tumeur ; on les reconnaît à la ligne fine de leur paroi et aux globules sanguins qu'ils contiennent. Ils ne sont jamais accompagnés d'un substratum externe de tissu conjonctif.

Les artères sont représentées dans les alvéoles par de petites ramifications peu nombreuses si on les compare aux veines. On ne trouve des rameaux plus importants qu'à la périphérie des lobules. La coupe transversale des veines est très caractéristique. Réduites à une paroi très mince, paroi renforcée en dehors par le tassement des éléments du néoplasme, pourvues d'une lumière très grande dans laquelle les éléments figurés du sang sont accumulés, elle se retrouvent partout, même

dans les alvéoles qui semblent au premier abord ne contenir que des éléments de la tumeur.

Contenu alvéolaire. — Toutes les lacunes ou plutôt les mailles du réseau formé par le tissu conjonctif contiennent des cellules polyédriques à noyau nettement accusé, se colorant facilement et à protoplasma granuleux assez abondant. Elles ressemblent aux cellules fixes du tissu conjonctif. Leur noyau a les mêmes dimensions que celui des cellules que nous avons décrites précédemment autour des veines dans les espaces interalvéolaires, mais, dans ces dernières, le protoplasma est bien moins abondant. On retrouve des formes de transition entre ces deux termes extrêmes. Ces formes prouvent l'identité des deux espèces de cellules. La différence provient de l'âge de ces éléments, les cellules plus petites étant les plus jeunes, comme le prouvent leur volume et leurs réactions beaucoup plus intenses avec les réactifs colorants.

Il est difficile, dans les points où les cellules sont accumulées, de démontrer la présence de substances intercellulaires. Celle-ci est beaucoup plus facile à constater dans les points où, par suite des modifications régressives de la tumeur, les cellules commencent à disparaître ou ont déjà disparu. Ces parties correspondent aux points ramollis de la tumeur, spécialement aux bosselures de sa surface externe. En ces endroits, la structure alvéolaire est la même, mais il s'est creusé des cavités à limites irrégulières, peu nettes, anfractueuses, constituées par les fibres connectives effiloquées ; ces cavités sont remplies de détritus cellulaires plus ou moins altérés.

C'est la dégénérescence graisseuse qui prédomine en ces points. Dans d'autres, la régression est moins avancée, les cavités sont remplies de cellules, mais celles-ci ont un aspect particulier ; le noyau en est très nettement apparent, il se colore bien, pendant que le protoplasma est plus développé que dans les éléments normaux. De plus, il est absolument transparent, sans trace de granulations ; nous avons ici de la dégénérescence hyaline.

2° *Zone moyenne.* — La zone moyenne de la prostate, comme nous l'avons déjà vu dans la description macroscopique, a la consistance la plus dure : ceci est dû à la structure microscopique spéciale de cette partie. Tandis que dans la zone externe les cellules prédominent et forment les grands amas pseudo-alvéolaires décrits plus haut, ici, c'est le substratum conjonctif qui est le plus développé. Ce substratum épais, dense, sans structure apparente, presque sans aucune trace de noyau, très réfringent au microscope et rebelle à toute coloration, a subi la dégénérescence hyaline. Il est sillonné de canalicules plus ou moins larges dans lesquels les cellules de la tumeur sont entassées. Ces cellules sont, pour la plupart, entièrement semblables à celles de la zone externe, mais, dans quelques points, la forme s'en est modifiée par suite de la compression réciproque, et quelques-uns montrent des prolongements qui les font ressembler aux cellules du tissu myomateux.

Dans leur ensemble, ces canalicules ne montrent rien qui puisse les rapprocher des formations analogues des carcinomes : il n'y a ici ni

anastomoses vraies, ni revêtement endothélial, ni infiltration cellulaire dans le tissu péri-alvéoailre. De plus on ne constate pas dans cette zone une dégénérescence bien accusée des cellules du néoplasme ; quant à la vascularisation, elle est représentée plus faiblement dans cette partie de la tumeur que dans la région externe, mais elle garde les mêmes caractères et se comporte toujours de la même manière, soit au point de vue de la structure des vaisseaux, soit au point de vue de leur mode de distribution.

3° *Zone interne.*— La nature exacte de la tumeur apparaît ici nettement. Le tissu conjonctif lâche périglandulaire a laissé à la tumeur toute liberté et celle-ci a pu se développer avec son apparence habituelle. Ce sont des amas de cellules arrondies ou polyédriques à gros noyau et à protoplasma peu abondant, parmi lesquelles toutes les formes intermédiaires entre les cellules des grands alvéoles et des petits éléments périvasculaires se retrouvent. Ces amas sont sillonnés par un réseau capillaire abondant, à parois très minces et à grande lumière dont partent des veines de grand calibre comme on le constate dans le sarcome. Dans cette zone, plus de réseau anastomosé, plus d'alvéoles, pas de différences entre contenant et contenu ; tout est envahi de la même manière et les cellules sont entourées d'une faible quantité de substance intercellulaire granuleuse ou finement fibrillaire.

Les seules parties de la prostate encore reconnaissables sont la muqueuse et les glandes. Celles-ci ont subi des modifications de deux ordres ; les unes sont les suites de l'altération sénile et les autres sont dues à la compression de la tumeur.

Les premières se traduisent par la dilatation des culs-de-sac glandulaires.

Ceux-ci sont remplis de cellules déformées et dégénérées au milieu desquelles on voit de gros corpuscules amylacés qui réagissent vivement vis-à-vis des substances colorantes. Notons ici que c'est le seul endroit de l'organe où ces formations apparaissent : dans la tumeur elles n'existent en aucun point ; le seul élément qui puisse en être rapproché est constitué par des masses hyalines, amorphes, sans noyau central ni aucune structure en couches concentriques. La compression de la tumeur a aplati les glandes à plusieurs endroits de telle sorte que leur lumière est très réduite et a même disparu.

Partout dégénérescence très accusée des cellules, celles-ci se colorent mal, présentent des formes irrégulières et des noyaux peu apparents. On ne constate nulle part la présence de noyaux cellulaires ou de bourgeons partant des glandes et remplis de cellules jeunes qui se ramifieraient dans les tissus voisins. Glandes et tumeur sont totalement indépendantes, sauf leurs rapports de voisinage et les modifications régressives que les glandes ont éprouvées par suite de la compression et des troubles vasculaires qui en sont la suite.

En résumé, l'examen microscopique montre que nous avons ici un sarcome de la prostate dont quelques parties ont un aspect particulier, causé, d'une part, par la structure de l'organe et, de l'autre, par les dégénérescences du néoplasme.

Toutes les parties de la prostate sont également envahies par le sarcome, même la partie antérieure. Celle-ci, le plus souvent du moins, ne présente aucune glande et c'est le cas dans celle que nous venons de décrire. La tumeur n'a donc pas pu y prendre son point de départ.

Il semble, à première vue, que le néoplasme n'existe pas autour de l'enveloppe fibreuse externe de la prostate. Cependant, on voit en quelques endroits une prolifération cellulaire abondante qui semble être due au sarcome. En réalité, on ne peut à ces seuls endroits reconnaître la nature exacte de la tumeur, quelques-uns de ses éléments importants, la vascularisation, par exemple, y étant peu développés. Ces amas cellulaires se trouvent surtout dans le voisinage des plexus veineux périprostatiques.

Au-dessus des tuméfactions produites par la tumeur en soulevant les parois de la vessie, la muqueuse de celle-ci est indemne. L'infiltration cellulaire a gagné les couches externes de la musculature fortement hypertrophiée. La muqueuse est épaissie, hypertrophiée, mais sans trace de sarcome. Ce sont des fongosités sans ulcérations : Jolly et Wyss ont noté le même fait.

A ne considérer que l'aspect des coupes des régions externe et surtout moyenne, on comprendra qu'une erreur est très facile à commettre et que la distinction entre sarcome et carcinome donne lieu à des difficultés. En effet, ces masses cellulaires épithélioïdes incluses dans les alvéoles, ces boyaux remplis de cellules plus grandes que celles du tissu conjonctif avoisinant, surtout de celles qui accompagnent le réseau veineux périlobulaire, les anastomoses de ces traînées les unes avec les autres, peuvent, au premier abord, en imposer pour du carcinome. Tant que notre examen a été limité à ces régions, notre doute a été bien grand. Une observation plus attentive a montré la fausseté de notre première impression. Les cellules, il est vrai, sont groupées dans les alvéoles, mais ces alvéoles n'ont aucun des caractères des alvéoles carcinomateuses ; il leur manque particulièrement le revêtement endothélial de la paroi. De plus, les cellules ne présentent aucune trace de dégénérescence. Leur noyau se colore bien, leur protoplasma ne contient pas de granulation de graisse ou d'autres produits de nécrobiose. Un autre caractère du carcinome fait défaut : c'est l'infiltration cellulaire du tissu cicatriciel en dégénérescence hyaline et qui n'a nullement l'apparence d'un tissu connectif en prolifération cellulaire.

Enfin, l'existence de lacunes vasculaires intra-alvéolaires lève tous les doutes : le tissu épithélial n'est jamais vascularisé et confirme le diagnostic par l'aspect typique des vaisseaux du sarcome, vaisseaux à lumière très dilatée et à parois très minces eu égard à leur calibre, parfois formés presque exclusivement, sauf le revêtement interne, par les éléments du néoplasme.

En certains points, les cellules sont en voie de dégénérescence : elles se colorent mal, leur protoplasma est très transparent et leur noyau est altéré. Mais ces points sont précisément ceux dans lesquels la tumeur est en voie de ramollissement : ce sont les bosselures périphériques ; et ici ce ne sont pas seulement les éléments intra-alvéolaires qui

sont modifiés : tout le néoplasme participe à la régression, aussi bien le tissu connectif périalvéolaire que les cellules qu'il enserre dans les mailles de son réseau. Il n'y a là rien de commun avec ce qui s'observe dans un carcinome vrai.

Si l'examen porte sur la zone interne périurétrale, le doute n'est plus possible. La structure du sarcome est typique et ne peut donner lieu à aucune hésitation de diagnostic. La persistance des glandes avec modifications régressives dues aux troubles circulatoires et aux altérations séniles, l'absence des bourgeons partant de ces organes pour rejoindre les formations alvéolaires de la profondeur, tout prouve que la tumeur de la prostate est bien un sarcome et non un carcinome.

La structure de la prostate rend facile l'interprétation de cette structure alvéolaire. Cet organe est formé de glandes et de tissus fibreux et musculaire. Les culs-de-sac glandulaires pénètrent dans la musculature, mais celle-ci est moins abondante dans ces points, le tissu est plus lâche, ce qui permet un développement facile d'un sarcome avec ses allures ordinaires. Il en est autrement à la périphérie de la glande où le tissu fibreux et la musculature sont seuls représentés. Ces tissus forment des lames concentriques qui s'emboîtent les unes dans les autres ne laissant de libres que les espaces interfasciculaires. La tumeur devra suivre cette voie pour son développement et de là naîtront ces cordons ramifiés qui ressemblent au premier coup d'œil à un carcinome, surtout quand les cellules sont fortement pressées les unes contre les autres et que l'on ne peut distinguer la substance intercellulaire bien faiblement développée en ces points.

Si nous ajoutons que, chez notre malade, âgé de 73 ans, la prostate avait subi les modifications qu'elle prend le plus souvent à cet âge, — preuves en soient l'épaisseur de la coque périglandulaire et l'aspect cicatriciel hyalin du tissu fibreux et de la musculature —, il sera d'autant plus facile de comprendre à quoi est dû cet aspect réticulé dans certains points de la tumeur, ceux précisément où le tissu préexistant a opposé les barrières les plus fortes à l'envahissement du néoplasme.

2° CAS PROBABLES

Observation 35.

Bree. *Medullary sarcome of the prostate* (The provinc. med. and surg. Journal, 1846, *t. XLXIX-L, p.* 76). — 9 *mois. — Rétention d'urine. Cathétérisme. Tumeur périnéale. Accroissement rapide. Compression du rectum. Sarcome médullaire. — Maladie : 44 jours.*

A. C.., enfant de 9 mois, n'avait pu uriner depuis 24 heures, lorsque je fus appelé par sa mère. A la palpation de l'abdomen, on trouvait une vessie distendue, remontant jusqu'à l'ombilic ; une sonde en gomme fut introduite, par laquelle on retira 750 gr. d'urine trouble, couleur

paille et d'odeur ammoniacale forte. Comme l'enfant faisait ses dents et que ses gencives étaient gonflées, je pensai que la rétention d'urine était due à l'irritation dentaire. Je fis des scarifications sur les gencives et j'ordonnai des bains chauds et du calomel à doses purgatives. Au bout de dix jours, les symptômes ne s'étaient pas amendés ; l'enfant n'avait pu évacuer spontanément une seule goutte d'urine, et il fallut avoir recours fréquemment à la sonde.

On fit alors le toucher rectal, et l'on découvrit une grosse tumeur occupant le périnée, attachée évidemment au col de la vessie et qui, en comprimant l'urètre, s'opposait au passage de l'urine. La tumeur était dense et élastique, mais non fluctuante. Dès ce moment, elle augmenta rapidement de volume ; l'état général de l'enfant devint mauvais ; il maigrit, devint agité et eut de fréquentes crises de larmes. Il fut nécessaire de le sonder 2 ou 3 fois par jour, la sécrétion urinaire devenant plus abondante, en même temps que se déclarait de la cystite. La tumeur comprima graduellement le rectum, empêchant le passage des matières. Finalement il se produisit une ulcération au niveau du sphincter anal. La portion de tumeur qui s'offrit alors à la vue était blanchâtre et avait l'aspect lisse comme du verre. L'état de l'enfant s'aggravait de plus en plus, et la mort survint 44 jours après la première rétention.

Autopsie. — Les intestins sont considérablement distendus par des matières et des gaz, mais les viscères en général sont sains. La vessie est très distendue et hypertrophiée. La tumeur était une énorme hypertrophie de la prostate, occupant tout le périnée entre le col vésical et la marge de l'anus ; elle comprimait l'urètre et le rectum. Son aspect extérieur était blanchâtre et luisant, à surface irrégulière. Sur une coupe pratiquée à sa partie inférieure, on vit que la tumeur se composait d'une capsule épaisse remplie d'un grand nombre de cellules friables et contenant une substance ayant exactement la consistance, la couleur et les caractères physiques de la substance médullaire du cerveau.

Le diagnostic doit donc être celui de sarcome médullaire de la prostate.

Observation 36.

Barth (A.). (*Obs. I.*) *Ueber Prostatasarkom* (Archiv. f. klin. Chir., 1891, *t. XLII, fasc.* 4, *p.* 757-566). — 9 *mois.* — *Dysurie. puis rétention. Cathétérisme impossible. Cystostomie sus-pubienne. Tumeur abdominale.* — *Sarcome.* — *Maladie* : 2 *mois.*

Notre premier cas est, au point de vue clinique, tout à fait caractéristique. Il concerne un petit garçon de 9 mois, vigoureux, chez qui les parents avaient remarqué, depuis 3 semaines, de la difficulté de la miction. L'enfant présentait au-dessus de la symphyse une tumeur régulièrement sphérique, tendue, fluctuante, qui repoussait légèrement la paroi abdominale et s'étendait en haut jusqu'à l'ombilic. Ces signes, joints

aux caractères de la matité, ne laissaient pas de doute qu'il ne s'agît là de la vessie fortement distendue et cette distension semblait s'expliquer sans difficultés par la constatation d'un phimosis très accentué. Ce phimosis fut donc sectionné et une sonde introduite dans la vessie, mais, même par aspiration, il fut impossible d'amener l'évacuation de l'urine.

C'est seulement par l'exploration rectale qu'on put se rendre compte du véritable état de choses. En effet, on s'aperçut alors que la tumeur perçue au-dessus de la symphyse était une tumeur molle, élastique, qui remplissait tout le petit bassin. La muqueuse rectale était mobilisable sur la tumeur. Il ne pouvait plus y avoir de doute qu'il ne s'agît là d'une tumeur maligne, d'un sarcome et, pour assurer l'évacuation de l'urine, il ne restait plus qu'à faire la taille hypogastrique.

Au cours de cette opération, on put se rendre compte que le néoplasme était situé en arrière de la vessie qu'il refoulait en avant et étirait par en haut jusqu'à l'ombilic.

La muqueuse vésicale n'avait été nullement effondrée par la néoplasie, mais elle présentait cependant plusieurs noyaux isolés qui la soulevaient.

L'enfant succomba un mois après, chez ses parents, dans la cachexie. L'autopsie ne put malheureusement être faite.

Observation 37.

Adams. On the prostate. 2e *édit.*, 1853, *p.* 145. *Cité et résumé par* Thompson *in* The diseases of the prostate, 2e *édit.*, *London*, 1861, *p.* 280. — 3 *ans.* — *Rétention d'urine. Cathétérisme et ponction sus-pubienne.*

Enfant de 3 ans, malade depuis quelque temps, se plaint de difficulté pour uriner. La rétention étant devenue complète, l'enfant entre au London hospital. Cathétérisme et ponction sus-pubienne sont pratiqués en vain. La mort survient peu après et on trouve que la vessie est distendue par une grosse masse cancéreuse ayant débuté dans la prostate et s'étant fait jour dans la vessie.

Observation 38.

Bush. *cité par* Gross. On urinary organs., 2e *édit.*, *p.* 179. *Cité par* Thompson (loco citato). — 3 *ans.* — *Rétention. Cathétérisme difficile, puis impossible. Ponction sus-pubienne.* — *Tumeur médullaire.* — *Maladie* : 7 *mois.*

Enfant 3 ans, troubles vésicaux depuis 6 mois, puis rétention soulagée avec difficulté par le cathéter, qu'on employa souvent dans la nuit jusqu'à ce que l'obstruction fût complète. On fait alors la ponction sus-pubienne. 3 ou 4 semaines plus tard l'enfant meurt d'épuisement. A la dissection, on trouva une prostate du volume d'un œuf de poule et complètement transformée en matière médullaire.

OBSERVATION 39.

SOLLY. *Fungoïd diseases of the prostate gland.* (Procedings of the pathol. Soc. of London, *V. III*, 1850-51, *p.* 130). — 3 *ans.* — *Dysurie. Rétention. Cathétérisme difficile.* — *Cellules innombrables.* — *Maladie* : 3 *mois.*

Un enfant de 3 ans se plaignit pour la première fois, il y a environ trois mois, de douleurs dans le ventre et de mictions difficiles. Depuis il s'est plaint, à plusieurs reprises, mais, dans l'intervalle, il jouait sans souffrance apparente.

Le 13 novembre, M. Solly introduisit dans l'urètre une sonde de petit calibre, non sans rencontrer une certaine résistance au niveau du bulbe, et un obstacle infranchissable au niveau du col de la vessie, si bien que l'instrument ne put pénétrer dans la vessie qui ne fut pas évacuée. Il prescrivit un bain chaud et un opiacé. Par le rectum on sentait une vessie contractée. Ce qui fit penser qu'elle était vide.

Le 14, deuxième tentative infructueuse. Le 15, il parvint à introduire une sonde de très petit calibre et retira environ 750 c. d'urine.

L'instrument pénétra dans la vessie et fut serré avec force. L'enfant souffrit beaucoup tant que la sonde fut dans la vessie et on dut la retirer.

Le 16, la sonde passa plus facilement et, ne produisant aucune irritation, fut laissée dans la vessie jusqu'au 18. On eut la sensation que la sonde heurtait un corps dur, mais sans pouvoir le mobiliser.

Le 19 l'urine s'écoula abondamment. Le cathéter introduit de nouveau ne donna pas d'indice certain quant à la présence d'un calcul.

Le 21, en introduisant la sonde, M. Solly perçut nettement une sensation de corps étranger et un chirurgien consulté conclut à la présence d'un calcul.

Le 23, M. Green sonde l'enfant et déclare qu'il ne peut affirmer la présence d'un calcul bien qu'il éprouve une sensation assez semblable à celle que donne un calcul. Il ne conseilla pas d'opération et le malade mourut le lendemain avec des signes de péritonite.

Autopsie.— La cavité abdominale présente un épanchement de sérosité trouble avec des flocons de lymphe ; le péritoine est enflammé, la vessie contient environ 30 cc. d'urine. Au niveau de la prostate se voit une tumeur ferme et lobulée, du volume d'un œuf de poule, à travers laquelle on peut suivre l'urètre. Sur une coupe la tumeur présente une apparence crémeuse et un aspect lobulé,chaque lobule étant entouré de tissu fibreux ce qui donnne à l'ensemble une certaine dureté. M. Raincy examinant au microscope la tumeur y trouve des cellules innombrables.

OBSERVATION 40.

STAFFORD (R. A.). *A case of enlargement from melanoid tumour of the prostate gland in a child of five years of age.* (Medico-chirurg. Tran-

sact, *publ. by the* « Royal medic. and chirurg. Soc. of London », *tome XXII*, 1839, 9 *avril, p.* 218). — 5 *ans.* — *Tumeur abdominale et rétention d'urine. Cathétérisme.* — *Tumeur encéphaloïde et mélanique.*

En novembe 1838, je fus prié de voir W. Mathews, âgé de 5 ans,dans le service des enfants de l'Infirmerie, qui présentait ce que l'on supposait être une tumeur de l'abdomen.Il existait une saillie considérable qui s'étendait jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic; les bords en étaient facilement délimitables avec les doigts. En examinant de plus près, je vis qu'il s'agissait d'une vessie distendue qui avait été dans cet état quelque temps.

L'enfant n'éprouvait aucune douleur à la pression et l'on ne trouvait rien dans le genre d'une affection de la colonne vertébrale amenant une paralysie de la vessie, pour expliquer les symptômes, et je ne pus tirer du malade aucun renseignement de nature à élucider le cas. Il ne se plaignait que d'une chose: c'est de ne pouvoir uriner; il avait essayé plusieurs fois sans réussir.

Sa mère cependant m'informa dans la suite qu'elle avait remarqué que la vessie de l'enfant était très irritable, qu'il avait sans cesse envie d'uriner et que son ventre était gros et tuméfié.

Sa santé générale n'était pas mauvaise, sauf que l'enfant était maigre et qu'il n'était pas aussi gai que ses camarades, mais il mangeait, buvait et dormait bien.

Au moment où je le vis pour la première fois, il paraissait avoir souffert beaucoup de la rétention d'urine ; il était très agité et très irritable, il avait une physionomie anxieuse et fatiguée, son pouls était rapide, sa langue saburrale ; il avait une fièvre considérable. Une petite sonde de gomme élastique fut introduite sans difficulté et elle livra passage à 750 cc. d'une urine de coloration normale.

Dans la soirée, la vessie était de nouveau distendue et elle contenait environ la même quantité d'urine.

L'enfant avait complètement perdu le pouvoir d'évacuer son urine normalement et l'on dut faire usage de la sonde 2 fois par jour ; finalement l'urine s'accumulait avec une telle rapidité qu'on laissa la sonde à demeure. On appliqua des sangsues sur le périnée et un vésicatoire sur les lombes.

On fit usage des laxatifs, des opiacés, aussi souvent qu'il fut nécessaire, et l'on donna de la teinture de chlorhydrate de fer. Il ne se produisit aucune sédation des symptômes ; il n'y avait toujours pas de douleur (sauf quand la vessie était distendue) ; il n'y avait nulle part de la sensibilité à la pression et aucun signe permettant de localiser la maladie à un organe déterminé. L'enfant devint très faible et il fut nécessaire de le soutenir ; on lui donna de l'écorce de quinquina, du vin et des aliments substantiels.

La faiblesse augmenta et, 8 jours après mon premier examen, le petit malade baissa graduellement et succomba, conservant son intelligence jusqu'à la fin.

Autopsie.—Viscères du thorax et de l'abdomen sains. Le cerveau est

sain, si ce n'est qu'il y a une petite quantité de liquide dans les ventricules.

Les reins sont gros et flasques sans cependant paraître malades.

La vessie est contractée ; elle a le volume d'un œuf de dinde. En l'ouvrant, on trouve environ 30 gr. d'urine mêlée à de la matière purulente. La muqueuse vésicale est quelque peu épaissie, hormis cela, l'organe est sain.

La glande prostatique, suivant une dissection faite par M. Stanley, a le volume d'une très grosse noix ; elle est de forme globuleuse, comme c'est souvent le cas dans l'hypertrophie prostatique des vieillards. Implantée sur la prostate, immédiatement derrière l'orifice urétral, se voyait une tumeur, arrondie en forme de mamelon, du volume d'une petite noisette, et ressemblant exactement par son apparence et sa situation à ce prolongement glandulaire attribué ordinairement à une hypertrophie du 3e lobe.

Sur la coupe de l'un des lobes latéraux, on voit que la prostate n'a pas sa structure normale ; elle est de couleur, de consistance et de structure encéphaloïde et une partie de la coupe est d'une coloration si noirâtre qu'elle suggère l'idée que de la substance mélanique est mêlée à la substance encéphalique.

Il peut être nécessaire d'observer que, chez un enfant de 5 ans, le volume normal de la prostate est celui d'une petite noisette ; donc, dans ce cas, l'augmentation de volume était énorme et même son 3e lobe, à lui seul, était aussi volumineux que l'est normalement la glande totale à cet âge.

OBSERVATION 41.

OWEN (Elm.). The surgical diseases of children, 1885, *p.* 303. (*Cassel et Cie, édit., London*). — 6 *ans.* — *Rétention d'urine. Cathétérisme difficile. Tuméfaction périnéale. Incision et taille périnéale. Mort de scarlatine. — Tumeur sarcomateuse.*

Un petit garçon de 6 ans fut admis à l'hôpital pour une rétention d'urine. Il avait récemment eu plusieurs crises de rétention. Avant de l'envoyer à l'hôpital, son médecin avait eu de la difficulté à introduire la sonde. A l'hôpital, l'interne éprouva la même difficulté. Quand je vis l'enfant, peu à près son entrée, le cathéter ne pouvait être introduit qu'avec une extrême difficulté et il existait une certaine tension du périnée due probablement à une infiltration d'urine. Je fis une incision périnéale. Après un jour ou deux, cette incision devint insuffisante pour assurer l'écoulement de l'urine et je prolongeai l'incision jusque dans la vessie. A ce moment, une grosse épidémie de scarlatine se déclara dans le service, l'enfant prit l'infection et mourut.

L'autopsie, pratiquée par le Dr Chaffey, montra que l'obstruction était causée par une tumeur sarcomateuse implantée sur le trigone et oblitérant le col de la vessie.

Observation 42.

Hodgkins. *Enormous elargement of the prostate* (The Lancet, 1843-44, *t. I.*,9 *déc.*, *p*.324).— 7 *ans*.— *Dysurie*, *douleurs abdominales*. *Constipation*. *Rétention*. *Cathétérisme difficile*. *Accroissement rapide de la tumeur*. — *Maladie* : 3 *mois*.

Les parents de W. B.., âgé de 7 ans, vers le milieu de novembre 1842, remarquèrent qu'après avoir joué, l'enfant rentra en se tenant courbé. Mais, comme il n'y avait aucune trace de contusion externe, on ne crut pas devoir appeler un médecin et l'enfant reprit bientôt son entrain habtuel. Cependant, au bout de quelques jours, il se plaignit de malaise et de difficulté d'uriner, étant obligé de se lever souvent la nuit et de faire de très grands efforts avant de pouvoir évacuer sa vessie.

Cet état de choses persista pendant quelques jours quand,les symptômes s'aggravant, on m'envoya chercher le 1er décembre. Je trouvai l'enfant couché sur le côté gauche, replié sur lui-même et se plaignant de grandes douleurs dans le ventre, de chaleur, de soif et autres symptômes fébriles, avec une constipation datant de 15 jours et n'émettant qu'une faible quantité d'urine. Pensant que l'état de plénitude de l'intestin pouvait être la cause du mal,je me contentai de prescrire un purgatif énergique avec applications chaudes sur l'abdomen. Le lendemain, l'intestin avait fonctionné, mais l'urine avait encore diminué. Je prescrivis de nouveau un purgatif drastique et je recommandai de continuer les applications chaudes.

3 *décembre*. — Emission d'une énorme selle liquide avec des scybales ; les signes de fièvre sont moins marqués.

La vessie ayant cessé de fonctionner, j'introduisis un cathéter et retirai un litre 1 /2 d'une urine odorante.

Le 5, la rétention d'urine persistant, j'examinai le cas plus minutieusement. Un doigt introduit dans le rectum permit de percevoir les parois de la vessie très épaisses, mais je ne pus sentir aucune tumeur.

L'abdomen paraissait rempli et assez sensible,mais aucun organe en particulier ne paraissait malade. Le 8, depuis 2 jours le malade s'était opposé au cathétérisme parce que l'urine s'écoulait goutte à goutte involontairement. La vessie étant maintenant distendue et douloureuse, il demande à être sondé ; depuis, cette opération est pratiquée régulièrement tous les jours.

Je supposai que la vessie pouvait être paralysée par suite de l'excès de distension et j'essayai d'introduire et de laisser à demeure une sonde en gomme, mais j'échouai et ne pus faire accepter une sonde métallique à demeure.

Le 14, je pratiquai encore le toucher rectal, et je trouvai une tumeur occupant la situation de la prostate.L'état de tension du ventre avait augmenté, l'intestin continuait à bien fontionner. Je prescrivis des remèdes pour réduire la tumeur, tel l'iodhydrate de potasse (les sangsues furent refusées). Cependant la maladie s'aggravait et, le 10 janvier, le fond de la vessie atteignait l'ombilic, les testicules étaient

rétractés, l'émaciation commençait et l'appétit devenait capricieux.

Le 25 janvier, la maladie s'aggrave encore, le patient est très émacié, le ventre est gros, la jambe gauche est enflée. L'urine a une odeur fécaloïde, la vessie atteint le creux épigastrique et on peut sentir dans l'hypogastre et derrière la vessie une masse dure.

Celle-ci augmenta si rapidement qu'un ami médecin qui vit le malade avec moi supposa qu'il y avait une grosse hypertrophie du foie.

Les symptômes continuèrent à s'aggraver jusqu'au 2 février, date à laquelle le petit malade succomba.

Autopsie 24 heures après la mort. — A l'ouverture du ventre, on trouva que la vessie occupait une situation très proéminente ; le col était au-dessus du pubis et le fond au niveau du côlon transverse et de la grande courbure de l'estomac. Elle contenait environ 2 litres d'urine. Les parois étaient très épaissies et extrêmement variqueuses. Il existait une tache noirâtre du volume d'une pièce de 2 francs située sur la paroi postérieure comme si la gangrène avait commencé.

La cavité péritonéale contenait environ un 1/2 litre de sérosité d'odeur fécale. Derrière la vessie se voyait une grosse tumeur comblant toute la cavité pelvienne. Elle était plutôt ferme au toucher et elle comblait si complètement le bassin que j'éprouvai une difficulté considérable à introduire un doigt contre elle et la ceinture osseuse et je me demandai comment l'intestin avait pu fonctionner.

En l'attirant en haut, la tumeur m'apparut attachée à la vessie en avant, au rectum en arrière. Le point d'union avec la vessie se trouvait à 12 m/m environ au-dessus de l'orifice des uretères occupant toute la région du trigone jusqu'à son sommet. La forme était exactement celle de la prostate. La longueur était de 175 m/m, la largeur de 125 m/m. Le poids était entre 3 et 4 livres ; sur la face postérieure se voyait une dépression correspondant au rectum et qui permettait le passage des matières. Les uretères qui, par distension, avaient acquis le volume du doigt, pénétrait dans la tumeur à sa partie moyenne.

A la coupe la tumeur présentait la structure de la prostate comme vue à la loupe; elle était spongieuse et friable, sa couleur rappelait celle du savon de Castille frais. Tous les autres viscères étaient sains, mais repoussés en haut, le foie étant dans le thorax et l'estomac derrière le sternum. La tête ne fut pas examinée.

OBSERVATION 43.

LANGSTAFF. (Catalogue of Langstaffs Museum, *London*, 1842, *p.* 357.) *Cité par Thompson*, loc. citato. — 8 *ans*. — *Rétention. Cathétérisme. Tuméfaction du périnée. — Sarcome médullaire.*

Un jeune garçon de 8 ans a, depuis un temps assez long, de grandes difficultés à uriner. On l'a sondé pour un calcul, ce qui a donné lieu à une hémorragie considérable. Il y eut dans la suite une tuméfaction du périnée qu'on prit pour un abcès et qu'on ponctionna.

Mais il ne s'écoula que du sang, et bientôt une masse fongueuse fit son apparition.

A l'autopsie, on trouva que la prostate était convertie en un sarcome médullaire. Il y avait aussi plusieurs tumeurs fongueuses dans le foie.

OBSERVATION 44 (1).

HEURTAUX *in* H. *et* A. MALHERBE. Recherches sur le sarcome. *Paris.* 1904, *p.* 553 *et* 554.)— 15 *ans.* — *Hématurie et rétention d'urine. Défécation difficile. Rectotomie. Enucléation de la tumeur prostatique. Mort de récidive.* — *Sarcome fuso-cellulaire. Dégénérescence myxomateuse.*

Le porteur de ce néoplasme était un jeune homme de 15 ans. Le 25 décembre 1892, il présenta, sans motif connu, une hématurie qui fut suivie d'une rétention complète d'urine. Il entra à l'Hôtel-Dieu de Nantes où on le soigna pendant quelque temps. De retour chez ses parents, il vit les accidents augmenter peu à peu. Les garde-robes étaient très difficiles, et les matières fécales avaient la forme d'une tuile de faîte. On apercevait par l'anus un peu béant une grosse tumeur, et le toucher rectal donnait la sensation d'une grosse prostate. Il entra à l'Hôtel-Dieu, et M. Heurtaux l'opéra comme il suit : Après une rectotomie linéaire, la tumeur fut énucléée avec le doigt. On constata l'intégrité du canal de l'urètre. Le malade guérit de cette intervention, mais la tumeur avait déjà gagné les parties voisines et le jeune homme alla mourir chez lui. L'autopsie ne put être faite.

Examen histologique. — Nous avons pu examiner deux parties de la tumeur, La première avait été extraite de l'anus par le malade lui-même, qui avait essayé instinctivement d'arracher ce qui le faisait souffrir. Par ce fragment on avait pu faire le diagnostic anatomique de la tumeur. Sur des coupes méthodiques, colorées au picrocarmin et au carmin-aluné, on voit que le tissu est constitué par des cellules volumineuses, à très gros noyaux et à nucléoles, tantôt accolées les unes aux autres ,tantôt séparées par de la substance muqueuse en quantité variable.

Dans certaines parties des coupes, il y a une véritable dégénérescence muqueuse dépassant l'état myxomateux et déterminant la nécrobiose des cellules. Les vaisseaux présentent à un très haut degré une disposition qui n'est pas fort rare dans le sarcome et à laquelle on a voulu attacher une importance qu'elle n'a pas, croyons-nous. Nous voulons parler de la présence, autour des vaisseaux, d'une zone hyaline qui les sépare du tissu sarcomateux ambiant.

(1) Nous n'avons pas, malgré la précision de l'examen histologique, compté cette observation parmi les certaines, parce que le point de départ de la tumeur nous semblait indéterminé. Nous avons reçu depuis une lettre de M. Malherbe nous affirmant qu'il s'agissait bien d'un sarcome de la prostate.

Cette zone a été signalée dans le gliome de la rétine. Nous l'avons rencontrée maintes fois, mais jamais peut-être à un aussi fort degré que dans le sarcome de la prostate. Les vaisseaux, même volumineux, sont formés de belles cellules fusiformes stratifiées ; on dirait des bandes de tissu sarcomateux. Seulement, ces cellules sont moins grosses et moins irrégulières que celles du néoplasme dont elles sont séparées par la bande hyaline signalée plus haut.

Nulle part, nous n'avons vu trace des glandes prostatiques ; mais peut être les préparations n'ont-elles pas été faites dans des points assez variés de la tumeur.

Observation 45.

Stein (*Obs.I.*) *Ueber die Extirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen.* (*Communic. au XVIII*e *Congrès allem. de chirurgie, Berlin* 1889, *publié in* Archiv. f. Klin. Chirurgie, 1889, *XXXIX*, *bd.* 3, *p.* 543). — 17 *ans.* — *Constipation et douleurs dans le rectum. Tumeur abdominale. Dysurie. Métastases cérébrales. Mort.* — *Pas d'autopsie.* — *Maladie* : 2 *ans.*

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui, depuis 2 ans, se plaignait de constipation ainsi que de vives doouleurs lancinantes dans le rectum, douleurs qui rendaient la position assise pour ainsi dire impossible. La prostate était transformée en une tumeur colossale qui s'étendait en haut jusqu'au-dessus de la symphyse et qui avait transformé toute la région comprise contre le scrotum et l'anus en une masse dure, bosselée, qui avait déjà en partie envahi le rectum. Les ganglions inguinaux des deux côtés formaient des tumeurs du volume d'une pomme. L'urine ne pouvait être évacuée que sous l'action de violents efforts ; elle était d'ailleurs en tous points normale. Le malade ne séjourna qu'un mois à la Clinique pendant lesquels on assista à l'apparition de symptômes cérébraux qui étaient certainement la conséquence de métastases encéphaliques. Il quitta la Clinique 8 jours avant sa mort. L'autopsie ne fut malheureusement pas faite.

Observation 46.

Barth (*Obs. III*) (loc. cit.). — 27 *ans.* — *Constipation opiniâtre. Tumeur abdominale. Pas de troubles urinaires.* — *Pas d'autopsie.*

Il s'agit d'un homme de 27 ans qui n'avait jamais présenté de troubles urinaires. Par contre, depuis 5 mois, ce malade avait vu survenir une constipation opiniâtre qui, à plusieurs reprises, avait donné lieu à des crises de coliques avec vomissements et ballonnement du ventre. Les matières, difficilement expulsées, ont une forme rubanée. Depuis peu, le malade a remarqué une tuméfaction dans la partie gauche du bas-ventre, tumeur qui s'est accrue rapidement, occasionnant des douleurs.

La dite tumeur était profondément située dans l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Elle avait le volume d'une tête d'enfant, était bien circonscrite, de consistance élastique et légèrement mobilisable. Elle était de toutes parts enveloppée d'anses intestinales. Par le rectum, on sentait, dans la région de la prostate, une tumeur du volume du poing, absolument fixe, de surface bosselée, de consistance variable suivant les régions et avec laquelle la muqueuse rectale présentait des adhérences de divers points.

Relativement à la consistance, on notait, à côté des régions dures, des points ramollis qui se laissaient facilement déprimer par le doigt placé dans le rectum. La tumeur abdominale décrite plus haut ne présentait aucune connexion appréciable avec la tumeur pelvienne.

Le cathétérisme de la vessie ne présentait aucune difficulté et donnait issue, par à-coups, à de l'urine claire. Le cathéter étant en place dans la vessie, on pouvait parfaitement se rendre compte par la palpation que la tumeur était développée aux dépens de la prostate, car elle était parfaitement délimitable entre le cathéter d'une part et le doigt placé dans le rectum d'autre part.

Le diagnostic porté fut : sarcome métastatique de la prostate ; car il était clair que, des deux tumeurs, la tumeur prostatique devait être considérée comme une métastase probablement développée dans l'espace sous-péritonéal. D'autre part, une métastase aussi considérable et aussi mobile, ainsi d'ailleurs que les caractères de la tumeur prostatique, qui était surtout de consistance molle, excluaient toute idée de carcinome.

Le malade quitta l'hôpital au bout de peu de jours et depuis je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur son sort.

Observation 47.

Coupland (*Obs. II.*) — *Medullary cancer of the prostate.* (Transact, of the pathol. Soc. of London, *vol.* 28, 1877, *p.* 185). — 19 *ans.* — *Dysurie. Cathétérisme. Ponction. — Carcinome pour l'auteur. D'après détails histologiques, interprétation comme sarcome paraît plus plausible.*

Le malade, âgé de 19 ans, officier subalterne de la marine marchande, était sur son voyage de retour d'Australie quand il commença à éprouver de la peine à uriner. Il eut dès lors une envie fréquente d'uriner et, à son arrivée en Angleterre, alla consulter pour ce qui paraissait être du rhumatisme musculaire dont il avait souffert précédemment. Son père était mort à l'âge de 50 ans, épuisé par des arthrites rhumatismales.

Le 27 mars 1887, le Dr Hole, d'Harley Street, le trouva avec une température entre 39 et 39°5, pouls 120, langue saburrale, diarrhée, mictions fréquentes et difficiles. Le ténesme vésical ayant augmenté, l'auteur fut prié de l'examiner et il trouva une prostate tellement hypertrophiée qu'elle faisait saillie par l'anus. Une sonde élastique fut intro-

duite facilement dans la vessie par l'urètre. Une ponction fut faite avec un trocart très fin, dans le point le plus élastique de la tumeur, pour s'assurer qu'il ne s'agissait point d'un abcès.

Le malade mourut le 27 avril, d'épuisement fébrile, 2 mois seulement après le début des troubles.

Je fis moi-même l'*autopsie* le jour suivant. Le corps était bien nourri et musculaire. A l'ouverture de la cavité abdominale, la vessie distendue se voyait rejetée en haut par une tumeur qui remplissait presque la cavité pelvienne.

Latéralement elle avait déterminé des érosions des os : elle était si intimement unie aux parois pelviennes qu'on ne put l'enlever entièrement.

Le néoplasme,qui avait le volume des deux poings, intéressait également les 2 lobes de la glande ; il entourait complètement le col de la vessie et le commencement de l'urètre.

Il était de consistance molle, d'apparence blanche et encéphaloïde et, au raclage, donnait une abondance de suc laiteux. Il n'était pas uniforme, étant croisé dans toutes les directions par des faisceaux de tissu plus ferme, de teinte rosée,et qui étaient des fibres musculaires prostatiques. A la base de la vessie, la tumeur faisait saillie sous la forme de nodules mous, blanchâtres, sous-muqueux. A droite, juste au-dessous de l'orifice de l'uretère, se trouvait une petite zone de nécrose superficielle. Il n'y avait pas de cystite.

On put passer une soie dans la vessie à travers les orifices des uretères, mais ce fut avec difficulté à droite. Les deux uretères, surtout le droit, étaient dilatés et distendus par de l'urine et il existait un degré très marqué d'hydronéphrose des deux côtés. Les reins étaient gros, pâles et comme œdémateux. Les ganglions lombaires et pelviens étaient très hypertrophiés ; plusieurs d'entre eux étaient enflammés et présentaient des zones hémorragiques dans leur substance ; tous étaient infiltrés par de la substance molle et blanche; les plus voisins de la prostate étaient entièrement convertis en tumeurs cancéreuses.

Une grosse masse ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon, occupait le canal inguinal gauche au niveau des vaisseaux iliaques. Le rectum, quoique très comprimé, n'était pas envahi par la maladie.

Les autres viscères abdominaux et thoraciques étaient sains. La seule métastase, en dehors des ganglions lymphatiques, siégeait au niveau de la plèvre droite ; elle se présentait sous la forme de deux petits nodules, aplatis, opaques, blanchâtres, situés dans la plèvre viscérale au niveau du lobe inférieur du poumon droit. Une recherche attentive ne permit pas de trouver de nodules dans la plèvre opposée.

Le péritoine était absolument sain.

L'*examen microscopique* montra que la tumeur était formée de petites cellules nucléées, ayant approximativement 3 fois le volume des leucocytes. La majorité était polyédrique, d'autres presque sphériques. Ils étaient contenus dans les espaces alvéolaires formés au milieu du tissu musculaire de la prostate; les parois des alvéoles étant composées de simples fibres musculaires.

Il n'y avait pas de substance intercellulaire manifeste. Les cellules étaient en liberté et se trouvaient en très grande abondance dans le suc laiteux obtenu en raclant la surface de section de la tumeur fraîche. Les cellules ainsi isolées avaient de très gros noyaux qui remplissaient presque la cellule ; le protoplasma enveloppant était mince.

L'infiltration de la prostate était très inégale, des bandes plus ou moins larges de tissu musculaire, alternant avec des zones occupées presque uniquement par des cellules cancéreuses. L'uniformité de volume de ces dernières était remarquable ; dans le voisinage de la tumeur quelques corpuscules indifférents étaient semés.

Les coupes de nodules pleuraux donnaient une disposition semblable de petites cellules, nucléées, anguleuses. Les alvéoles étaient mieux marquées, les parois en étaient formées surtout d'un tissu délicat, à cellules fusiformes. Quoi qu'il ne soit pas douteux que plusieurs cas de maladie dite encéphaloïde de la prostate ne soient en réalité des cas de sarcome mou, il est évident, à mon avis, que, dans le cas présent, le néoplasme, quoique n'étant pas du carcinome type, se rapproche plus cependant des tumeurs épithéliales que des sarcomes de tissu conjonctif. L'uniformité de volume des cellules le rapproche des derniers, et leur petit volume joint au peu de netteté de leur caractère épithéloïdes le séparent des premières ; mais l'absence de tissu intercellulaire est de très grande importance pour rejeter sa nature sarcomateuse. J'avoue cependant que je n'adopte pas cette opinion sans hésitation et il est probable que les cancers de la prostate présentent des particularités dues à un point d'origine.

Les cellules de la tumeur actuelle ne sont pas plus petites que les cellules normales de la glande prostatique ; si l'on compare ces coupes à celles d'un adénome de la prostate on voit clairement que le volume des cellules n'a aucune valeur comme critérium de la nature carcinomateuse ou non de la tumeur. Il est intéressant de remarquer que ce n'est pas la première fois qu'a surgi la difficulté de savoir si une tumeur maligne de la prostate était du sarcome ou du carcinome. Socin relate le cas d'un enfant de 8 mois (1) dont le bassin était occupé par une grosse tumeur, molle et bosselée présentant par endroits des kystes, et occupant toute la glande, tout en étant plus développée à gauche ; se basant sur l'autorité de Langhans, Socin décrit cette tumeur comme un cas de sarcome médullaire. Langhans, qui fit l'examen microscopique de la pièce, rapporte qu'elle était uniforme en toutes ses parties, étant composée de cellules d'égale volume, les unes rondes les autres aplaties par pression réciproque, ayant l'apparence de leucocytes tassés d'une manière serrée, elles avaient environ 1 fois et demi le diamètre de leucocytes. Le plotoplasma de chaque cellule était peu abondant, le noyau ralativement volumineux. Dans la plus grande partie de la tumeur on ne distinguait pas de substance intercellulaire. Les cellules étaient en contact ou séparées seulement par un réseau de capillaire. Ailleurs, il y avait tissu intercellulaire granuleux ou fibrillaire, et ce caractère décida

(1) C'est l'observation II rapportée dans ce mémoire, page 54.

Langhans à classer la tumeur dans les sarcomes. Mais un autre amatomo-pathologiste, Klebs, en commentant ce cas, émit l'avis qu'il s'agissait d'un carcinome très riche en cellules et à évolution rapide, à stroma conjonctif très peu développé, l'absence d'une substance intercellulaire bien définie militant contre l'opinion de Langhans.

Observation 48.

Orth. (Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. *Berlin,* 1893 *t. II,* 1, *p.* 103.)— *Adulte. — Sarcome à petites cellules rondes.*

Le sarcome primitif de la prostate a été également rencontré chez l'adulte. Dans un cas, récemment autopsié par moi, la prostate tout entière se trouvait envahie par un sarcome à petites cellules rondes extraordinairement mou, et qui s'était propagé également vers la verge (corps caverneux), vers le rectum, dans le tissu cellulaire, ainsi que dans la paroi vésicale, il ne restait plus de cette dernière qu'une petite portion intacte, au voisinage du sommet, de telle sorte que, de prime abord, on avait cru se trouver en présence d'une tumeur de la vessie (1).

3e CAS DOUTEUX

Observation 49.

E. Fuller.— *Recovery with restauration of the vesical function following total extirpation of the prostate and resection of the bladder for malignant disease.* (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. *Vol. XVI, n° 12, Décembre* 1898, *p.* 581). — 69 *ans.* — *Rétention.*

(1) Au moment où ce travail était sous presse, paraissait dans le numéro d'Octobre 1907 des *Beiträge zur klinischen Chirurgie* (Tome 55, Fascicule supplémentaire consacré à la statistique de la Clinique chirurgicale de Heidelberg pour 1906, page 157), l'observation suivante du professeur Narath :

L. N..., âgé de 58 ans, présente depuis le printemps 1906 des tumeurs multiples de la peau. Traitement radiothérapique sans résultat. Une de ces tumeurs siège sur la peau du pénis : on la considère comme la tumeur primitive. Amputation de la verge et extirpation de toutes les tumeurs cutanées dont certaines atteignent le volume d'une prune. Dans une seconde séance, curage complet des deux aines. Le malade succombe au bout de deux mois et demi à des métastases pulmonaires. A l'autopsie on trouve, au niveau de la prostate, une tumeur — *un sarcome* — qui était vraisemblablement la tumeur primitive. (Voir Protocole d'autopsie n° 53.)

d'urine. Hématurie. Augmentation de volume de la prostate prise pour hypertrophie simple. Prostatectomie sus-pubienne. Ablation d'une partie du trigone. Drainage. Survie onze mois. — Sarcome carcinomateux.

Un homme de 69 ans vint me consulter en février 1897, se plaignant de besoins fréquents et impérieux d'uriner, la miction se faisant toutes les heures la nuit, et toutes les dix minutes le jour. Il n'était pas rare de voir du sang s'écouler du méat à la fin de la miction; en même temps se produisait du ténesme très douloureux. Le malade s'est aperçu de sa pollakiurie pour la 1re fois, il y a 8 mois. A ce moment, il y avait une quantité considérable d'urine de résidu. Pendant quelque temps l'introduction de la sonde le soulagea ; mais ces derniers mois, le cathétérisme ne le soulageait plus; il devenait, d'ailleurs, de plus en plus difficile,et les hémorragies qu'il produisai était de plus en plus abondantes. Par le rectum on sentait une prostate très hypertrophiée ; elle était lisse, ferme, régulière et, au toucher, elle présentait la consistance caractéristique de l'hypertrophie sénile. La paroi rectale n'adhérait aucunement à la tumeur prostatique ; le toucher ne dénotait rien d'anormal. L'urine ne présentait aucun indice d'une affection rénale. Je ne crus pas devoir faire la cystoscopie à cause de l'hémorragie que cette manœuvre n'aurait pas manqué de provoquer. L'état général du malade était assez bon. Je me décidai à attaquer la tumeur prostatique par la voie sus-pubienne.

Avant d'ouvrir la vessie, je pensais avoir affaire à une hypertrophie sénile simple, bien que les hémorragies répétées se produisant au moment de la miction eussent dû militer contre cette hypothèse. A l'ouverture de la vessie, cependant, je trouvai la paroi vésicale et la prostate envahies par une infiltration néoplasique dure. Il était évident que la prostate avait été primitivement atteinte. Quant à la paroi vésicale,elle était surtout envahie dans sa partie inférieure, au niveau de la prostate. En arrière, la peau était normale au toucher. Mais l'infiltration avait gagné la paroi antérieure et l'infiltration s'étendait des deux côtés de l'orifice uréthral.

Je décidai d'enlever la prostate et toute la portion infiltrée de la paroi vésicale avec des ciseaux à lames en dent de scie, du genre de ceux dont je me sers pour les opérations sur la prostate. Je fis une incision à peu près circulaire dans la paroi vésicale. Cette incision comprenait la zone malade ainsi que la région avoisinant l'orifice interne de l'urèthre. Avec l'index je séparai le segment de la vessie malade et la prostate qui lui adhérait, en prenant grand soin de ne pas déchirer le rectum. L'urèthre prostatique dut être sectionné dans sa partie initiale. En extrayant la masse, qui vint en plusieurs fragments, je déchirai par accident la paroi vésicale depuis la lèvre antérieure de la plaie jusqu'à l'angle inférieur de la plaie sus-pubienne ce qui réduisait à rien la plaie antérieure. Je fis ensuite une incision périnéale pour assurer le drainage des parties déclives. La paroi vésicale, au niveau de l'incision sus-pubienne, fut solidement unie à la paroi abdominale, un es-

pace libre étant ménagé pour le drainage sus-pubien de la vessie. La partie supérieure de l'incision abdominale fut refermée au moyen de quelques crins. L'hémorragie, qui était très abondante, fut en grande partie arrêtée par des lavages chauds de la vessie. Je ne fis aucune tentative pour amener au contact les bords de la paroi vésicale au niveau de l'espace laissé libre par l'exérèse du tissu malade. De même, la déchirure au niveau de la paroi antérieure ne fut pas suturée. Je me rendais parfaitement compte des risques d'une infiltration d'urine dans les parties voisines, rendue facile par l'absence de sutures et la présence d'un espace vide. Mais, pour placer les sutures, il eût fallu faire une longue incision transversale dans la paroi abdominale afin de faciliter les manœuvres. Et je ne pensais pas que le malade, âgé, eût pu supporter ce complément d'opération avec l'anesthésie prolongée qu'il eût nécessitée. Pour prévenir l'infiltration, je me fiais avec succès du drainage de la vessie, à la fois par la voie sus-pubienne et par la voie périnéale. Par ce moyen, la vessie fut au repos pendant que se formait une solide barrière de granulations.

L'hémorragie fut assez abondante pendant quelques jours. L'injection intra-vésicale d'eau oxygénée rendit des services non seulement pour enlever les caillots, mais aussi pour arrêter l'hémorragie.

La convalescence se fit sans incident et le malade quitta l'hôpital à la fin du mois ayant encore son drain sus-pubien, la plaie périnéale étant fermée. La sonde pénétrait facilement dans la vessie.

Etant donné la disposition de la paroi vésicale entourant l'orifice interne de l'urètre, je craignais la formation d'un rétrécissement cicatriciel ; mais il n'en fut rien : environ un mois après la sortie de l'hôpital, le drain sus-pubien fut enlevé et la fistule se ferma rapidement ; en même temps, la miction redevint normale.

La mort survint 11 mois après l'opération. Le médecin qui soignait le sujet m'a rapporté qu'après que la plaie sus-pubienne se fût fermée, les mictions étaient faciles et seulement un peu plus fréquentes que normalement, sans doute à cause de la diminution de la capacité vésicale par suite de la résection d'une partie de sa paroi. L'urine était limpide et il n'y avait pas de cystite. Environ 2 mois avant la mort, une tuméfaction se produisit dans l'espace de Retzius ; elle était facile à sentir par le palper et il s'agissait évidemment d'une récidive de la maladie. Puis la fistule vésicale sus-pubienne se rouvrit. Mais, jusqu'à la fin, le médecin ne put trouver trace d'une récidive dans la région prostatique ou au niveau du col de la vessie. La sonde molle pénétrait facilement dans la vessie sans rencontrer d'obstacle. Jusqu'à la fin également, il s'écoula de l'urine par l'urètre, bien que, après réouverture de la fistule sus-pubienne, la plus grande partie de l'urine s'écoulât naturellement par cette voie.

Voici le rapport histologique : le tissu enlevé de la prostate se compose surtout d'éléments sarcomateux du type des grosses cellules rondes et fusiformes bien que, par places, on note une disposition des éléments rappelant le carcinome. J'incline donc à classer le néoplasme parmi les tumeurs mixtes les « carcino-sarcomes ».

OBSERVATION 50.

MAC GOWAN (Granville). *Round celled sarcoma of the prostate. Removal. Recovery. Death nearly four years after from cancer of the liver.* (Virginia medical Semi-Monthly. *Richmond* (*Virginia*), *Vol.* 8, *n°* 7. 10 *Juillet* 1903, *p.* 166 *à* 167). (*Communic. faite à « The American Urological Association » New-Orléans, Avril,* 1903). — *Constipation. Rétention d'urine. Ablation transrectale. Survie quatre ans. — Sarcome fuso-cellulaire.*

Le 2 octobre 1898, S. C. K., fermier à Etewanda (Californie), me fut amené par le Dr Silly. Depuis 4 ans, il était constipé et souffrait beaucoup de ses hémorroïdes. Cette constipation augmenta graduellement jusqu'à il y a 3 mois. A cette époque, elle était telle qu'il ne pouvait vider son intestin sans un lavement. Il n'y avait pas d'obstacle très marqué à la miction, jusqu'à il y a 6 semaines ; le malade remarqua alors qu'il était obligé de faire agir les muscles de l'abdomen pour uriner, que la miction était très imparfaite, le jet étant plus lent et plus petit jusqu'à devenir un écoulement goutte à goutte. Depuis quelques jours, il y avait une rétention complète nécessitant l'emploi du cathéter. L'abdomen était douloureux et sensible.

Il y a deux jours, le malade eut une hémorragie très abondante par l'intestin et, comme il était très pusillamine, on dut l'endormir pour l'examiner. Son médecin découvrit, sur la paroi antérieure du rectum, une grosse tumeur qui obstruait entièrement la lumière de l'intestin. La patient me fut alors amené pour être opéré.

Etat actuel. — Anémie due à d'abondantes hémorragies ; langue humide ; rétention complète d'urine avec symptômes urémiques. Une sonde molle n° 22 F, passe facilement dans la vessie ; l'on retire 450 cc. d'urine claire et normale.

Le 21 octobre, sous anesthésie chloroformique, j'examine la vessie qui est saine. Une volumineuse tumeur de la prostate nécessite un abaissement considérable du pavillon de la sonde pour permettre l'introduction de celle-ci. Le toucher rectal permet de sentir une énorme tumeur de la prostate dont les limites ne peuvent être définies ni en haut, ni sur les côtés. Les parois, minces, paraissent donner lieu à la fluctuation. A gauche de la ligne médiane, on sent une zone rugueuse ; c'est là le point de départ des hémorragies. Pendant que je palpais très doucement avec un doigt, soudain ce dernier s'enfonça à travers la zone rugueuse et pénétra dans une masse molle, comme du placenta, qui fut facilement effondrée et séparée des tissus environnants.

L'hémorragie fut effrayante, le sang s'écoulant comme de l'eau d'une fontaine. Je vis bientôt que j'avais affaire à un sarcome de la prostate qui pouvait être facilement énucléé ; il paraissait envahir la totalité de l'organe sans intéresser la capsule.

J'agrandis la déchirure de la paroi antérieure du rectum de façon à obtenir plus de place ; travaillant alors dans la capsule prostatique

avec trois doigts de la main droite, et faisant de la contre-pression en haut avec la main gauche, les cuisses étant bien fléchies sur l'abdomen, j'énucléai plus de deux livres d'un tissu qui ressemblait à de l'éponge imbibée de sang. Ce tissu était surtout abondant au-dessus, au-dessous et autour de l'urètre qu'on percevait nettement au milieu de la cavité laissée libre par l'énucléation totale de la prostate. Là où la tumeur adhérait au rectum, j'employai les ciseaux. Pour mieux bourrer la cavité, je fis une incision dans le périnée, au devant du rectum que je disséquai jusqu'à ce que j'eus atteint la loge prostatique. J'arrêtai l'hémorragie en tamponnant la cavité avec 12 mètres de gaze, la largeur des bandes étant de 37 mm.; les bandes étaient cousues bout à bout de façon à ne former qu'une longue mèche. Deux litres de sérum furent injectés sous la peau, un litre dans les veines. L'hémorragie fut tellement abondante que je craignais que le malade ne mourut sur la table d'opération.

Pendant l'opération, un aide maintint une sonde dans l'urèthre. Ce dernier ne fut pas ouvert. Un cathéter fut laissé à demeure pendant 2 jours après l'opération ; il fut enlevé le 3e jour et le malade urina normalement. Les vaisseaux des parois rectales, qu'on pouvait voir mais non lier, furent pincés, les pinces restant en place 2 jours. La gaze fut retirée graduellement du 4e au 12e jour.

Il n'y eut pas de fièvre : la plus haute température fut de 37°9. Le traitement consécutif consista en stimulants (whiskey, strychnine, caféine) et en aliments légers (lait, bovinine). Le malade était extrêmement faible, mais il se remonta rapidement ; il put se lever le 15e jour et quitter l'hôpital au bout d'un mois : la cavité était parfaitement cicatrisée. Il y eut de l'incontinence des matières pendant 2 semaines. La plaie périnéale ne se cicatrisant pas bien laissa échapper des matières pendant 6 semaines sans cependant gêner le malade qui finalement recouvra le contrôle absolue sur son rectum. Pendant plusieurs semaines après l'opération, il présenta de l'œdème de la jambe gauche.

En septembre 1900, il revint avec une petite tumeur sarcomateuse sur la paroi antérieure du rectum intéressant un des bords de la cicatrice : elle se limitait aux tissus du rectum et fut enlevée par les ciseaux à pointe mousse. L'hémorragie fut arrêtée par un tamponnement à la gaze trempée dans de la solution de capsule surrénale.

Le 26 septembre, il eut des frissons et de la fièvre, avec nausées et sensibilité au niveau de la vésicule biliaire : ces phénomènes disparurent après un grand lavement, une forte dose de quinine et une injection sous-cutanée de sérum. Le malade dit qu'il avait eu à plusieurs reprises des crises semblables. Apparemment, elles étaient indépendantes de l'affection rectale ; elles s'accompagnaient d'un ictère très marqué et il n'est pas improbable que cette affection de la vésicule biliaire fût la cause de la mort qui survint en juin 1902, trois ans et 9 mois après l'opération, la mort étant due, pour le médecin traitant, à un cancer du foie.

Les fragments de la tumeur ne furent pas tous conservés, mais j'en possède un grand nombre dans ma collection de prostates au musée du

Laboratoire Hendryx. Il s'agit, anatomiquement, d'un très beau sarcome à cellules fusiformes développé dans le tissu prostatique.

Ce cas suffit à prouver que les tumeurs sarcomateuses de la prostate ne sont pas nécessairement fatales. Depuis cette énucléation complète et facile de la prostate, j'ai été tenté, à chaque prostatectomie, d'enlever la prostate par la voie rectale. J'ai été arrêté par le souvenir de cette effrayante hémorragie qui devait provenir des artères et des veines de la paroi antérieure du rectum ; je ne doutais pas que la cicatrisation de la plaie ne fût parfaite. Je crois que, lorsque les tissus rectaux sont aisément mobilisables par le doigt rectal sur les tumeurs glandulaires, la méthode rectale est très facilement applicable à l'énucléation de la prostate. Il y a toujours cependant la possibilité d'une rupture de l'urèthre, car les tumeurs glandulaires étant ordinairement inflammatoires adhèrent beaucoup plus à l'urèthre que le sarcome dont il est question dans cette observation.

Observation 51.

Griffiths (J.). — *Communication faite au cours d'une discussion sur le sarcome de la prostate à la* « Clinical Society of London » (*séance du* 9 *Avril* 1897). (*Compte-rendu du* Brit. medic. Journal, 1897. *T. I*, 17 *Avril p.* 976).

M. Griffiths (de Cambridge) a montré un spécimen de sarcome de la prostate chez un enfant, lequel met clairement ce fait en évidence que la tuméfaction était entièrement rétro-urétrale et avait déplacé l'urètre en avant.

Observation 52.

A. T. Cabot. — *Sarcoma of the prostate* (Boston medical and Surgical Journal, 1905, 27 *Avril, n°* 17, *p.* 495). — 75 *ans.* — *Dysurie. Cystostomie sus-pubienne après morcellement et énucléation d'une tumeur située en avant de la vessie. Guérison se maintenant au bout de* 10 *mois.*

Vieillard, âgé de 75 ans, lequel fut envoyé à l'hôpital, le 19 avril 1904, par le Dr Beah. Ce patient s'est toujours bien porté. Quinze ans auparavant, il a eu de la rétention, qui a nécessité le cathétérisme. Depuis lors il a toujours été bien, excepté qu'il présente parfois une légère difficulté au moment d'émettre de l'urine. Depuis un an, cette difficulté s'est beaucoup prononcée et il commence à avoir des mictions assez fréquentes. Actuellement, il éprouve une sensation de plénitude dans la vessie qui a été en augmentant jusqu'au jour de son entrée. En ce moment, il urine toutes les heures. La nuit qui précéda son entrée, la difficulté de la miction augmenta encore et du sang se montra dans l'urine. Le sang s'écoula également par l'urètre en dehors des mictions.

C'est un homme bien développé et en bon état de nutrition. On ne note rien de particulier du côté de la poitrine et de l'abdomen, sauf de la pesanteur et de la plénitude depuis le pubis jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Une tumeur centrale, en partie marquée par l'épaisseur de la paroi abdominale, existe dans cette région. L'examen rectal montre une augmentation de volume de la prostate laquelle est aplatie en arrière, mais non indurée. Finalement, le patient consent à une opération pour arrêter les hémorragies.

L'incision sus-pubienne conduit jusque sur une tumeur tendue, ressemblant à la vessie. On y plonge le bistouri et on voit alors qu'il s'agit d'une tumeur solide. En élargissant l'ouverture, on voit qu'elle est composée d'une substance grisâtre, friable, qui se laisse facilement désagréger et enlever par gros fragments. Après qu'elle a été enlevée pour la plus grande partie, on trouve derrière elle la paroi vésicale. La vessie est alors ouverte sur une sonde passée au travers de l'urètre. La cavité dans laquelle était la tumeur, ayant été évacuée et curettée au doigt, deux tubes sont introduits jusque dans la vessie .pour le drainage. Cette opération fut faite un peu hâtivement d'autant que le patient ne supportait pas bien l'éther.L'hémorragie vésicale cessa du coup, et, lorsque la plaie se resserra, des fragments considérables de la tumeur furent expulsés au dehors.La cavité, finalement, se couvrit de granulations et se cicatrisa solidement vers le milieu de juin.

Le malade fut revue 10 mois plus tard : à cette époque, il évacuait son urine assez facilement et il n'y avait aucune apparence de récidive de la tumeur.

SARCOMES DE LA PROSTATE

Nos d'ordre	AUTEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE	VARIÉTÉ HISTOLOGIQUE
		I. — CAS CERTAINS		
1	Rose	*Freie Vereinig. der Chir. Berlins*, 11 Nov. 1901.	5 m.	Sarcome à petites cellules.
2	Socin	Die Krankheiten der Prostata (*Handb. der Chir. de Pitha et Billroth*, t. III, p. 106) et Socin et Burckhardt. Die Verletz. und Krankh. d. Prostata (*Deutsche Chirurgie*), p. 389.	8 m.	Sarcome globo-cellulaire.
3	Tordeus	*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 1890, p. 405.	8 m.	Sarcome fuso-cellulaire avec dégénér. myxomateuse.
4	Kaufmann	Socin et Burckhardt, *loc. citat.*, p. 396.	9 m.	Rhabdomyome malin.
5	Kaufmann	Socin et Burckhardt, *loc. citat.*, p. 390.	1 a. 1/2	Sarcome globo-cellulaire avec dégénér. myxom. et graisse.
6	Birsch-Hirschfeld	Lehrb. der Pathol. Anat., 1895, II, 2, p. 1008.	2 a.	Adéno-sarcome.
7	Rose	*Freie Vereinig. der Chirurg. Berlins*, 11 Nov. 1901.	2 a. 1/2	Sarcome à pet. cell. rondes.
8	Schaleck-Bayer	*Prager mediz. Wochenschrift*, 1899, p. 547.	3 a. 1/4	Sarcome polymorphe.
9	Kaufmann	Socin et Burckhardt, *loc. citato*, p. 403.	4 a.	Rhabdomyome malin.
10	Levy (L.)	*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1903, p. 430.	4 a.	Myxo-sarcome.
11	Spanton	*Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1891, p. 218, et Aiken, *Provinc. med. Journal*, 1891, p. 208.	5 a.	Myxo-sarcome.
12	Wind	*Thèse de Munich*, 1888.	5 a. 1/2	Sarcome à pet. cellules fusiformes.
13	Van der Hœven	*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, 1903, p. 923.	6 a. 1/2	Sarcome.
14	Bland-Sutton	*Clinical Society of London*, 1897, 9 Avril (in *Brit. medic. Journal*, 1897, I, p. 976).	7 a.	Sarcome fuso-cellulaire.
15	Isambert	*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1853, p. 97.	8 a. 1/2	Sarcome fuso-cellulaire.
16	Graetzer	*Thèse de Wurzbourg*, 1895.	14 a. 1/2	Sarcome à grosses cellules rondes.

SARCOMES DE LA PROSTATE (*Suite*)

Nos d'ordre	AUTEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE	VARIÉTÉ HISTOLOGIQUE
		I. — CAS CERTAINS (*Suite*)		
17	Barth	*Archiv. für klin. Chirurgie*, 1891, p. 757.	17 a.	Sarcome fuso-cellulaire.
18	Oliva	*Thèse de Turin*, 1883. *Osservat. Torino*, 1883, p. 609 et 647. *Gaz. del. Clin.*, 1883, nos 39 à 42.	18 a.	Sarcome à petites cellules rondes.
19	Guyon	Inédite.	19 a.	Sarcome à petites cellules rondes.
20	West	*Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1883, p. 145.	21 a.	Sarcome à petites cellules rondes et fusiformes.
21	Kaufmann	Socin et Burckhardt, *loc. cit.*, p. 395.	24 a. 1/2	Lymphosarcome.
22	Stein	*Archiv. f. klin. Chirurgie*, 1889, p. 537.	25 a.	Sarcome.
23	Socin et Burckhardt	*Loc. cit.*, p. 406.	26 a.	Rhabdomyome.
24	Coupland	*Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1877, p. 179.	29 a.	Lymphosarcome.
25	Hughes	*Philadelphia med. Times*, 1882, p. 205.	35 a.	Sarcome globo-cellulaire.
26	Kapsammer	*Wien. klin. Wochenschrift*, 1903, no 5.	40 a.	Sarcome enchondromateux.
27	Lévy (R.)	*Thèse de Fribourg-en-Brisgau*, 1889.	45 a.	Sarcome fuso-cellulaire.
28	Burckhardt	*Centralbl. f. d. Krankh d. Harn u. Sexual-organe*, 1894, p. 152.	50 a.	Angio-sarcome.
29	Socin	*Loc. cit.*	51 a.	Sarcome globo-cellulaire avec dégénér. calcaire.
30	Verhoogen	*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn u. Sex. organe*, 1898, p. 19.	53 a.	Myxosarcome avec dégénér. calcaire.
31	Marsh	*Trans. of the Clin. Soc. of London*, 1896-97, p. 162.	57 a.	Sarcome fuso-cellulaire.
32	Spanton	*The Lancet*, 1882, I, p. 1032.	70 a.	Sarcome fuso-cellulaire.
33	Mathias	*Thèse de Munich*, 1889.	70 a.	Angiosarcome trabéculaire.
34	Dupraz	*Revue des maladies cancéreuses*, 1896-97, II, p. 74.	73 a.	Sarcome à petites cellules rondes.

		II. — CAS PROBABLES		
35	Bree	*The Provinc. med. a surg. Journal*, 1846, p. 76.	9 m.	Sarcome médullaire.
36	Barth	*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1891, p. 757.	9 m.	Sarcome.
37	Adams	On the prostate, 2e édit., 1853, p. 145.	3 a.	?
38	Bush	In Gross. On urinary Organe, 2e édit., p. 179.	3 a.	Tumeur médullaire.
39	Solly	*Proc. of the pathol. Society of London*, 1850-51, p. 130.	3 a.	?
40	Stafford	*Med. chir. Transact.*, 1839, p. 218.	5 a.	Tumeur encéphaloïde et mélanique.
41	Owen	The surgical diseases of Children, 1885, p. 303.	6 a.	Tumeur sarcomateuse.
42	Hodgkins	*Lancet*, 1843-44, I, p. 324.	7 a.	?
43	Langstaff	Catalog. of Langstaffs Museum London, 1842, p. 327.	8 a.	Sarcome médullaire.
44	Heurtaux (1)	In Malherbe. Recherches sur le sarcome, 1904, p. 533.	15 a.	Sarcome fuso-cellulaire myxomateux.
45	Stein	*Archiv. f. Klinische Chirurgie*, 1889, p. 543.	17 a.	?
46	Barth	*Loc. cit.*	27 a.	?
47	Coupland	*Trans. of the pathol. Society of London*. 1877, p. 185.	19 a.	Carcinome ?
48	Orth	Lehrbuch der spez. Pathol. Anatomie. Berlin, 1893, t. II, p. 103.	adulte	Sarcome à petites cellules rondes.
		III. — CAS DOUTEUX		
49	Fuller	*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1898, p. 381.	69 a.	Sarcome carcinomateux.
50	Mac Gowan	*Virginia medical Semi-Monthly*, 1903, p. 166.	adulte	Sarcome fuso-cellulaire.
51	Griffiths	*British medic Journal*, 1897, t. I, p. 976.	enfant	Sarcome.
52	Cabot	*Boston med. and surg. Journ.*, 1905, p. 495.	75 a.	Sarcome.

(1) Au moment de la rédaction de ce travail, nous n'avons pas compris cette observation parmi les cas certains en raison de l'absence d'autopsie. Depuis, nous avons reçu une lettre de M. Malherbe qui nous permet de considérer ce cas comme un cas certain.

TABLE DES MATIÈRES

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères et Thiron.